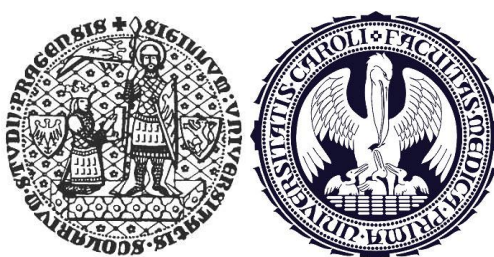


Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Vendula Brtníková

**Kazuistická práce klienta dětské a dorostové adiktologické ambulance s primárně užívanou
návykovou látkou marihuanou**

**Case study of a client primarily using marijuana treated in children's and adolescents'
outpatient addiction service**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Adam Kulháněk

Praha,

2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne:

Vendula Brtníková

Poděkování

Děkuji Mgr. Adamu Kulhánkovi za skvělé vedení a klientovi za zprostředkování citlivých informací.

Bibliografický záznam

BRTNÍKOVÁ, Vendula. *Kazuistická práce klienta dětské a dorostové adiktologické ambulance s primárně užívanou návykovou látkou marihuanou. [Case study of a client primarily using marijuana treated in children's and adolescents' outpatient addiction service]. 54 s, 1 příloha. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Klinika adiktologie LF1 UK. 2017. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Adam Kulháněk.*

Abstrakt

Východiska: Dětská a dorostová adiktologická péče je v České republice nově etablovaným typem služby v oblasti léčby závislostí. Témata, která tito klienti přinášejí a jejich neuchopitelnost v systému léčby, souvisí s nezkušeností terapeutů odhadnout výsledky léčby a prognózu. Profesionálové se často potýkají s vlastní nejistotou v práci s klienty mladšími 18 let a s neznalostí potřebných postupů pro nastavení vhodného léčebného programu a efektivních intervencí.

Cíl: Práce si klade za cíl zprostředkovat postupy adiktologické péče na případové studii konkrétního klienta. Díky této ilustraci je možno lépe porozumět potřebám vybrané cílové skupiny a specifikům tohoto typu služby. Cílem práce je popsat a zhodnotit stav tohoto klienta v průběhu adiktologické práce a představit možný matching potřeb a intervencí. Dílčím cílem práce je identifikovat specifika práce s touto klientelou z pohledu profese adiktologa. Meta cílem, který z rozpracované kazuistické práce vyplývá, je závěrečné navrhnutí možných postupů práce pro profesionály z oboru dětské a dorostové adiktologie.

Metody: Práce vychází z kvalitativní výzkumné metodiky. Výchozím bodem práce je terapeutická aliance nastavená mezi výzkumníkem a zároveň terapeutem a klientem. V této práci byla použita technika nestrukturovaných rozhovorů. Terapeutické rozhovory byly realizovány během individuálních, párových, rodinných a skupinových sezení, a z uskutečněných písemných záznamů. Jako metoda výběru vzorku byla zvolena metoda záměrného výběru vzorku. Výzkum byl realizován s jedním respondentem a byla provedena rozsáhlá případová studie. Mezi další použitá data patřily záznamy z jiných relevantních adiktologických výkonů, rovněž byly zohledněny klientovy osobní záznamy z vybraných použitých technik. Tyto data jsem vyhodnotila na základě vybrané odborné literatury, odborné supervize a pravidelných intervizních setkání.

Výsledky: Tato kazuistická studie zprostředkovává specifika adiktologické a terapeutické práce s touto klientelou a odlišný vývoj závislostního chování u dětí a adolescentů ve srovnání s dospělými. Práce umožňuje náhled do konkrétních terapeutických a poradenských postupů v profesi adiktologa. Specializovaná adiktologická péče pro tuto cílovou skupinu existuje v České republice velmi sporadicky a můžeme pozorovat neuchopitelnost dětských a adolescentních klientů v systému péče.

Závěr: Studie měla sloužit k porozumění systému adiktologické péče o děti a dorost v České republice. Zároveň měla nastínit konkrétní postupy práce na příkladu případové studie vybraného

klienta. Ilustrované postupy a zjištěná významná specifika by měly sloužit jako inspirace odborníkům k dalšímu výzkumu, vzdělávání a k neustálému rozšiřování obzorů v oboru adiktologie.

Klíčová slova

Kanabinoidy – závislost – ambulantní léčba – adiktologie – děti a dorost – psychoterapie

Abstract

Background: Children's and adolescents' treatment is a newly established approach in addiction services in the Czech Republic. Issues raised by clients relate to confusion in the system and are related to therapists' uncertainty for prognosis treatment outcomes estimation. Furthermore, professionals often struggle with their own insecurities related to working with clients under the age of 18 years. There is limited knowledge necessary for adjusting to sustainable treatment and effective interventions for these clients.

Aims: This study aims to present methods and techniques of addiction treatment using a case study of a specific client. This illustration aims to understand the needs of a particular target group and the specifics of this type of treatment. The goal of this thesis is to describe the state of this client during a specific therapeutic work with the aim to present possible matching of his needs and interventions. A partial aim is to identify the specifics in the clinical work of a specialist in the field of addictions with this particular type of clients. An important goal that emerges from this case work is the final evaluation of possible procedures for professionals in the field of children's and adolescents' addiction treatment.

Methods: The concept of this study is based on qualitative research methodology. The starting point of this work is a therapeutic alliance created between the researcher and therapist in one and the client. The data was collected using the technique of an unstructured interview. Therapeutic interviews were implemented during individual, couple, family and group therapies and its written records. The selection method used in this study was a purposeful sampling method. The research was conducted using one respondent and then a detailed case study was done. Other used data included records of other relevant outputs, taking into account clients' personal records from selected therapeutic techniques. I evaluated these data based on selected literature, professional supervision and regular discussion with other professionals.

Results: This case work presents the specifics of therapeutic work with this type of clients and the differences in the development of addictive behavior compared to adults. This work provides insight into specific therapeutic methods from the position of a professional in an addiction treatment service. Specialized addiction treatment for this target group exists in the Czech Republic very sporadically and we can observe the impenetrability of children and adolescents into the system of addiction care.

Conclusion: The study contributes to further understanding of the system of addiction treatment for children and adolescents in the Czech Republic. It aims to present specific work methods using a case study of a specific client. The presented techniques should serve other professionals for further research, education and constant progress in the field of addictology.

Key words:

Cannabinoids – outpatient treatment – addictology – children and adolescents – psychotherapy

Obsah

1	Úvod	10
2	Teoretická část	11
2.1	Epidemiologie užívání návykových látek	11
2.1.1	Epidemiologie užívání návykových látek mezi dětmi a adolescenty	11
2.1.2	Epidemiologie užívání kanabinoidů mezi mladými dospělými	16
2.2	Specifika adiktologické péče s dětmi a adolescenty	17
2.2.1	Závislostní chování u dětí a dospívajících	17
2.2.2	Profil klienta služeb dětské a dorostové adiktologie	18
2.2.3	Klinická doporučení pro praxi	18
2.3	Systém péče v oboru dětské adiktologie	21
2.3.1	Ambulantní adiktologická péče	21
2.3.2	Ambulantní psychiatrická péče	22
2.3.3	Speciální péče – stacionáře	22
2.3.4	Pobytová léčba	23
2.3.5	Dětské psychiatrické nemocnice	23
2.3.6	Zařízení v gesci MŠMT	24
3	Kazuistická část	26
3.1	Úvod	26
3.2	Cíl práce	26
3.3	Metodické aspekty kazuistické práce	26
3.4	Etická rovina v práci s klientem	27
3.5	Prezentace výsledků kazuistické práce	27
3.5.1	Anamnézy	27
3.5.2	Adiktologická anamnéza a adiktologická diagnostika	27
3.5.3	Psychiatrická a psychologická anamnéza	29
3.5.4	Rodinná anamnéza	29
3.5.5	Zdravotní anamnéza	30
3.5.6	Sociální anamnéza	31
3.6	Výchozí bod terapeutické spolupráce	31
3.7	Průběh adiktologické a terapeutické práce s klientem	32
3.7.1	První čtvrtina terapeutické spolupráce – říjen–prosinec 2016	32
3.7.2	Druhá čtvrtina terapeutické spolupráce – leden–únor 2017	34

3.7.3	Třetí čtvrtina terapeutické spolupráce – březen–duben 2017.....	34
3.7.4	Čtvrtá čtvrtina terapeutické spolupráce – květen–současnost.....	35
3.8	Hlavní témata v terapii a jejich vývoj v průběhu práce s klientem	37
3.8.1	Agresivita	37
3.8.2	Vztah s matkou	37
3.8.3	Život v budoucnosti	38
3.8.4	Identita	40
3.8.5	Užívání marihuany	40
3.8.6	Vztah s bratrem	41
3.8.7	Nakládání s volným časem	41
3.9	Vybrané techniky použité v terapeutické práci s klientem	41
3.9.1	Genogram rodiny.....	41
3.9.2	Formulář rovnováhy a rozhodování	44
4	Závěrečná doporučení pro adiktologickou práci s dětskými a adolescentními klienty.....	45
4.1	Individuální přístup.....	45
4.2	Komunikace v terapeutickém týmu služby.....	45
4.3	Spolupráce s dalšími složkami podílející se na péči o dětského a adolescentního klienta ...	46
4.4	Terapeutický vztah	46
4.5	Závislostní chování jako vedlejší téma v terapii	47
4.6	Skupinová terapie.....	47
4.7	Socioterapie a rozvojové aktivity	47
4.8	Pravidelná a důsledná supervize	48
5	Diskuze a závěr	49
6	Seznam použitých zdrojů.....	51

1 Úvod

Dětská a dorostová adiktologická péče je nově etablovaným typem služby v oblasti léčby závislosti. Témata, která tito klienti přinášejí a proces závislostního chování jako takového, potvrzuje odlišný progres závislostního fenoménu u dětského klienta, ve srovnání s dospělým. Přestože specializovaná ambulantní péče pro tuto cílovou skupinu existuje pouze sporadicky, tito klienti se objevují v celém spektru služeb. Neuchopitelnost této klientely v systému léčby se promítá do nejistoty profesionálů v práci s klienty mladšími 18 let a do neschopnosti pracovníků adekvátně nastavit a párovat léčebné intervence a odhadnout výsledky léčby a prognózu.

Bakalářská práce se zabývá kazuistickou studií adolescentního klienta závislého na kanabinoidech léčícího se v dětské a dorostové adiktologické ambulanci. Práce si klade za cíl zprostředkovat postupy adiktologické péče na případovou studii konkrétního klienta. Skrze případovou práci je možno lépe porozumět potřebám vybrané cílové skupiny a specifikům tohoto typu služby. Cílem práce je popsat a zhodnotit stav tohoto klienta v průběhu adiktologické práce a představit možný matching potřeb a intervencí. Identifikovat specifika práce s touto klientelou z pohledu profese adiktologa, je dílčím cílem práce. Významným cílem, který z rozpracované kazuistické práce vyplývá, je závěrečné navrnutí možných postupů práce pro profesionály z oboru dětské a dorostové adiktologie.

V teoretickém základu bakalářské práce je popsána epidemiologie užívání návykových látek mezi adolescenty v České republice, s podrobným zhodnocením epidemiologie užívání konopných látek. Teoretická část dále zprostředkovává popis specifik adiktologické práce s dětmi a adolescenty a jejich dopad na praktické postupy s v práci klientem. Závěrem teoretická část práce zprostředkovává náhled do současného systému péče v oboru dětské a dorostové adiktologie v České republice. Kazuistická část práce zprostředkovává případovou studii klienta závislého na kanabinoidech, léčícího se v ambulanci dětské a dorostové adiktologie. Případová studie umožňuje náhled do roční klinické práce s klientem a zprostředkovává postupy v léčebném programu a aplikované intervence.

Přiblížení léčebného programu a postupů dětské a dorostové adiktologie, ilustrované na konkrétní případové studii v této práci, by mělo sloužit jako inspirace odborníkům k dalšímu výzkumu, vzdělávání a k neustálému rozšiřování obzorů v oboru adiktologie.

2 Teoretická část

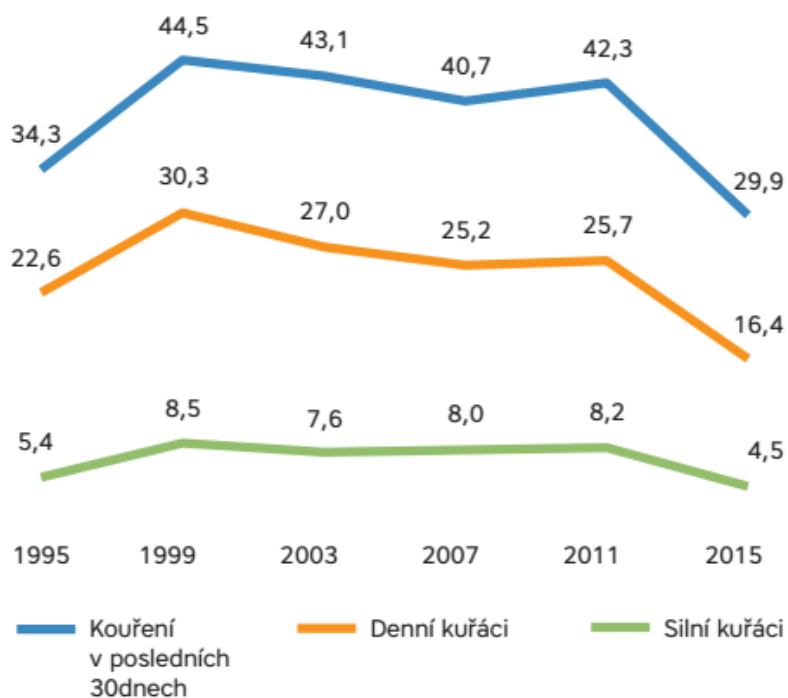
2.1 Epidemiologie užívání návykových látek

2.1.1 Epidemiologie užívání návykových látek mezi dětmi a adolescenty

Hlavním podkladem pro data zprostředkující informace o užívání návykových látek mezi adolescenty v České republice je studie ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, která probíhá v pravidelných 4letých intervalech, mezi studenty 9. tříd základních škol a 1. ročníků středních škol. Výzkum sleduje rizikové chování u 16letých studentů, se zaměřením na užívání tabáku, alkoholu, marihuany a jiný nelegálních návykových látek. V roce 2016 se studie zaměřila nově také na oblast nelátkových závislostí, tedy na hraní hazardních her, počítačových her a her na internetu. Nově byly také zařazeny otázky zkoumající agresivitu a duševní zdraví. Jiným relevantním zdrojem referující o rizikovém chování mladistvých a jejich životního stylu je studie HBSC (2014), která v České republice probíhá pravidelně od roku 1995, v pravidelných 4letých intervalech. Tu představila Univerzita Paláceho v Olomouci, která informovala o výsledcích z oblasti užívání návykových látek, trávení volného času a rodinného fungování. Reprezentativní vzorek tvořili žáci ve věku 11, 13 a 15 let.

Šetření studie ESPAD (Csémy & Chomynová, 2015), které proběhlo v roce 2015 a následná validizační studie z roku 2016, přinesli překvapivé výsledky. Jednalo se o významný pokles prevalence kouření a užívání alkoholu mezi 16letými studenty. Validizační studie zahrnula následně otázky týkající se hraní hazardních her, počítačových her, her na internetu, nových syntetických drog a otázky ohledně agresivity a duševního zdraví. Výsledky validizační studie týkající se užívání návykových látek potvrdily výsledky studie ESPAD z roku 2015. Celkově se studie zúčastnilo 115 škol všech typů ve všech krajích ČR, soubor tedy obsahoval názory 5364 studentů. Cílovou skupinu tvořili studenti 9. tříd a 1. ročníků středních škol narozeni v roce 2000 a výsledný soubor se tak skládal z 2471 studentů ve věku 16 let. Hlavní výsledky shrnuly výskyt rizikového chování mezi 16letými studenty tak, že 27,4 % kouřilo v posledních 30 dnech, 13,3 % kouří denně a 4,5 % kouří denně 11 a více cigaret.

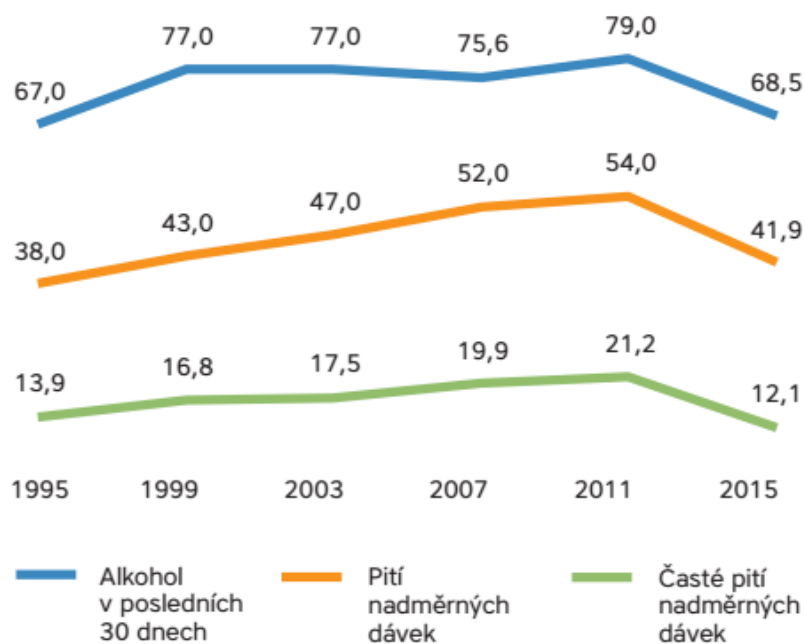
Graf 1. Vývoj prevalence kouření mezi 16letými chlapci a dívkami, v posledních 30 dnech, v letech 1995 – 2015, v %



Zdroj: Csémy et al., 2015

Alkohol, konkrétně 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti, pilo v posledních 30 dnech 40,6 % studentů, pití nadměrných dávek alespoň jednou týdně uvedlo 12,5 %. Nejpreferovanějším nápojem je dlouhodobě pivo, následují destiláty. Ke konzumaci alkoholu dochází mezi mladými lidmi nejčastěji v hospodách, barech, restauracích a na diskotékách.

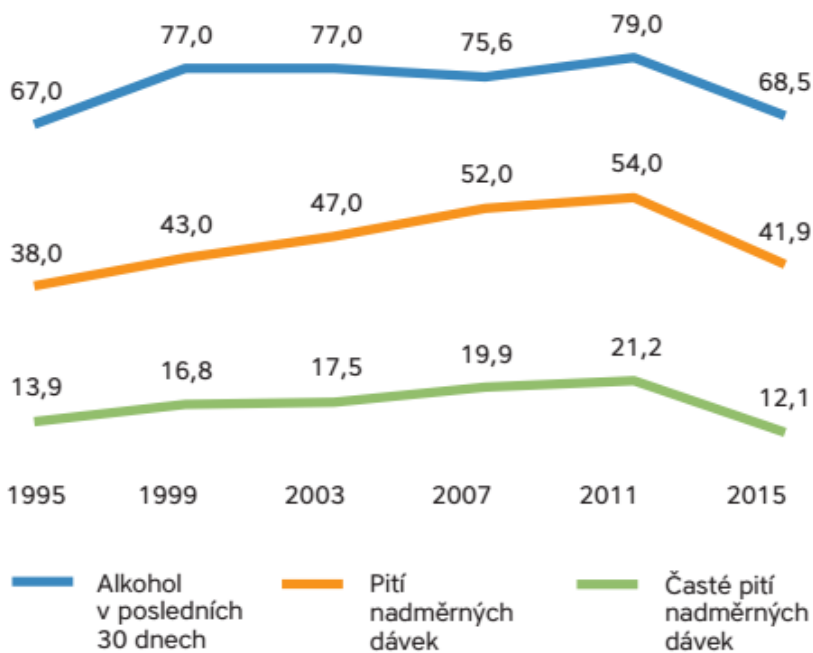
Graf 2. Vývoj prevalence konzumace alkoholu mezi 16letými chlapci a dívkami, v posledních 30 dnech, v letech 1995 – 2015, v %



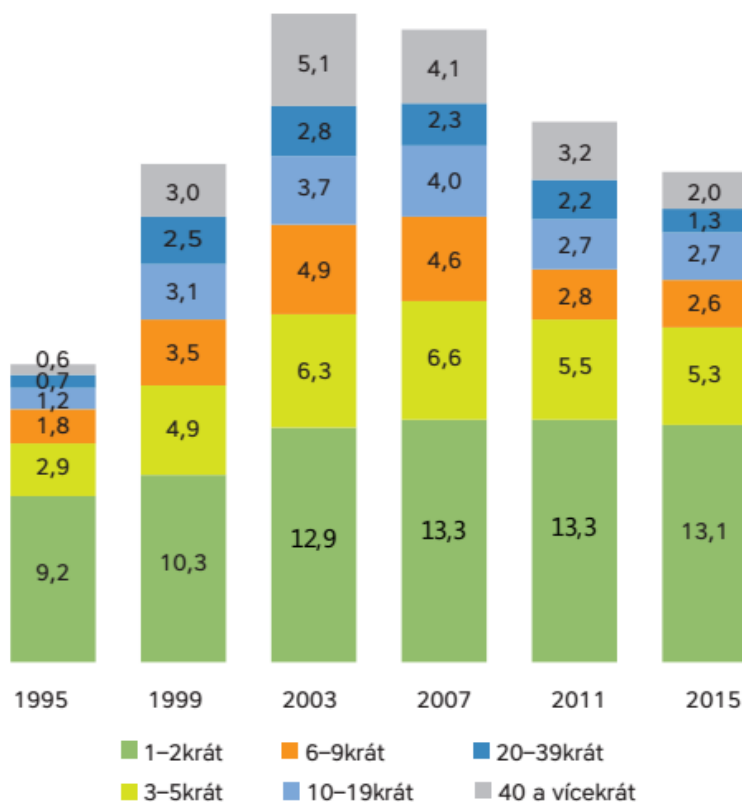
Zdroj: Csémy et al., 2015

Otázky zaměřené na užívání konopných látek zjistily, že 32 % studentů v životě vyzkoušelo konopné látky a 24,4 % studentů konopné látky užilo v posledních 12 měsících.

Graf 3. Trendy ve zkušenosti s užitím konopných látek v životě a v posledních 30 dnech, mezi 16letými studenty, dle pohlaví, v letech 1995 – 2015, v %



Graf 4. Vývoj uváděné frekvence užití konopných látek v posledních 12 měsících, mezi 16letými studenty, v letech 1995 – 2015, v %



Zdroj: Csémy et al., 2015

Výsledky potvrdily, že způsoby užívání návykových látek se u mladých lidí proměňuje a že pozorované změny jsou dlouhodobějšího charakteru. Od roku 2011 došlo k výraznému snížení prevalence kouření a konzumace alkoholu a také období první zkušenosti s užíváním návykových látek, včetně konopí, se přesouvá do vyššího věku. Výsledky studie ESPAD také přinesly zjištění, že užívání konopných látek se mění především u chlapců a dochází k vyrovnání rozdílů v užívání mezi chlapci a dívkami.

Tabulka 1. Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog, mezi 16letými studenty, v roce 2015, v %

Celoživotní prevalence	Chlapci	Dívky	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	36,7	38,1	37,4
Konopné látky	36,1	37,5	36,8
Jakákoliv nekonopná droga	7,2	6,7	7,0
Extáze	3,4	2,0	2,7
Pervitin	1,0	1,7	1,4
Amfetaminy	0,7	1,0	0,9
Heroin nebo jiné opiáty	1,0	0,4	0,7
LSD a jiné halucinogeny	3,6	4,0	3,8
Halucinogenní houby	3,6	3,0	3,3
Kokain	1,5	1,3	1,4
Crack	0,7	0,6	0,7
Sedativa	10,7	20,5	15,7
Těkavé látky	5,5	5,9	5,7
Anabolické steroidy	4,0	2,6	3,3
GHB	0,4	0,1	0,3
Injekční	0,4	0,8	0,7
Nové drogy	6,0	7,0	6,5

Zdroj: Csémy et al., 2015

Studie ESPAD prezentovala výsledky českých mladistvých jako nadprůměrné ve srovnání s Evropským kontextem. Prvenství je zřetelné především v kouření cigaret a v konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech. Stejně tak zkušenosti s legálními návykovými látkami ve věku do 13 let jsou v České republice nadprůměrné. Rozdíly v užívání návykových látek se také odvíjely od typu školy, kterou studenti navštěvovali. Studenti středních škol bez maturity a studenti učebních oborů užívají skoro dvakrát více legálních i nelegálních návykových látek, než studenti jiných škol. Průměrný věk, který šestnáctiletí respondenti referovali, dosahoval 11,9 u cigaret, 12,6 u alkoholu a 14,5 let u konopných látek. Užívání dalších návykových látek respondenty pak studie prezentovala jako 2,7 % extáze, 3,8 % LSD a halucinogeny, 3,3 % halucinogenní houby, 1,4 % pervitin, 1,4 % kokain a 1 % ostatní nelegální návykové látky. Studenti zapojení do studie ESPAD nepovažují příležitostné kouření a přiměřené pití alkoholu za zdravotně rizikové, nicméně výsledky potvrdily, že toto vnímání se od roku 2007 také proměňuje a narůstá počet respondentů, kteří jsou si zdravotních rizik vědomí.

Závěry validizační studie z roku 2016, které do otázek zařadily také otázky týkající se hraní, prezentovaly, že 27,6 % šestnáctiletých hraje denně nebo téměř denně počítačové hry a 83,9 % denně surfuje na internetu. Běžně pak na internetu stráví 41,5 % šestnáctiletých 4 a více hodin a 53,4 % pak 4 a více hodin o víkendu. Co se týče hraní hazardních her, studie zjistila, že 9,1 % studentů

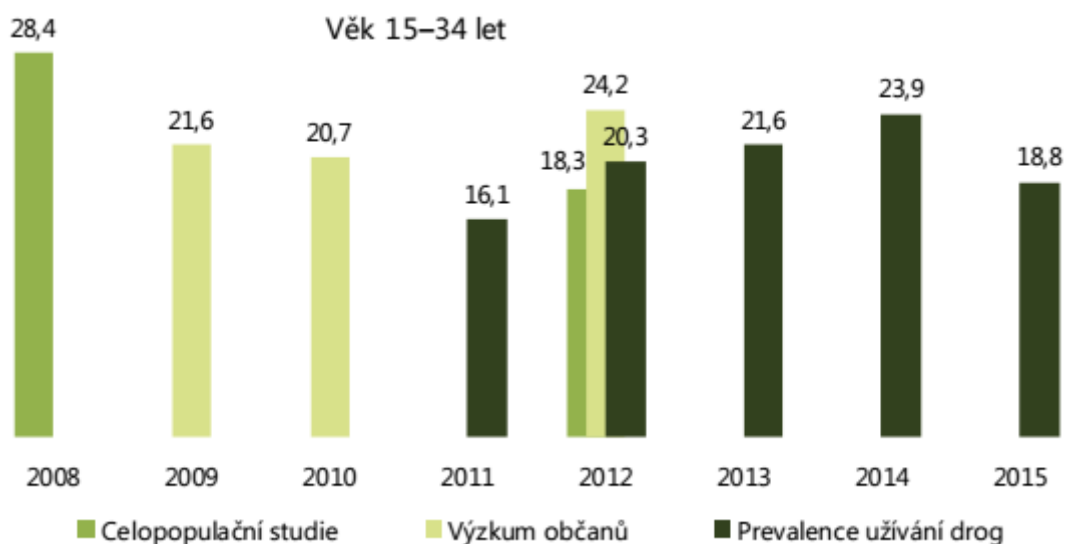
hrálo v posledních 12 měsících hazardní hry, přičemž riziko vzniku problémového hráčství je odhadem 2,7 % (Csémy & Chomynová, 2015).

Studie HBSC (2014) představila výsledky referující pravidelné užívání alkoholu u 20 % patnáctiletých chlapců a u 14 % dívek. Opakovanou opilost ve studii uvedlo asi 30 % patnáctiletých, přičemž v mezinárodním srovnání studie, užívají české děti výrazně vyšší množství alkoholu a kouří nadprůměrné množství cigaret. Pravidelné kouření cigarety uvedlo 11 % patnáctiletých chlapců a 16 % patnáctiletých dívek. V tomto trendu došlo oproti studii v roce 2012 ke zlepšení. Zkušenosti s marihuany má dle studie HBSC 23 % patnáctiletých dívek i chlapců. Tento výzkum se taky zaměřil na šetření šikany a kyberšikany, přičemž české děti ve výzkumu uváděly míru zkušenosti se šikanou do 5 % a do 2 % s kyberšikanou (Kalman et al., 2015).

2.1.2 Epidemiologie užívání kanabinoidů mezi mladými dospělými

Konopné látky jsou dlouhodobě nejčastěji užívanou nelegální návykovou látkou v ČR. Dle výroční zprávy o stavu ve věcech drog za rok 2015 jej někdy v životě vyzkoušela asi čtvrtina a v posledních 12 měsících asi desetina dospělé populace. Dlouhodobě je pozorována stabilita v prevalenci užívání konopných látek (ale také extáze, pervitinu a hub), jak v populaci ve věku 15 – 64 let, tak mezi mladými dospělými v kategorii 15 – 34 let.

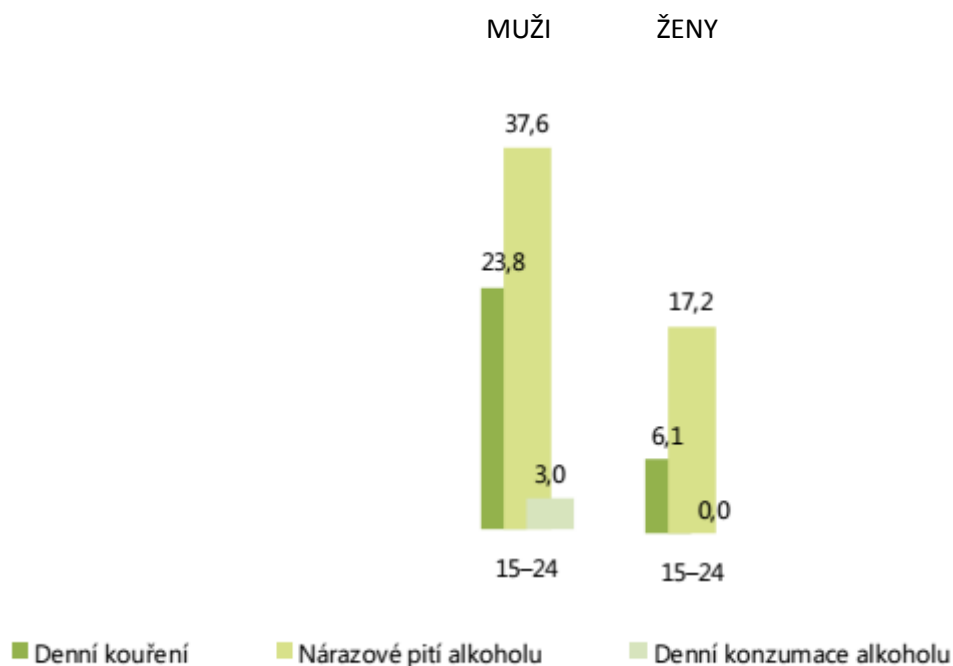
Graf 5. Prevalence užívání konopných látek v populaci mladých dospělých (15 – 34 let), v posledních 12 měsících – srovnání studií z let 2008 – 2015, v %



Zdroje: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2010), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2009), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2016a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a ppm factum research (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Factum Invenio (2011)

Zdroj: Mravčík et al., 2016

Graf 6. Prevalence denního kouření, nárazové a denní konzumace alkoholu ve věkové skupině 15 – 24 let dle pohlaví, v %



Zdroj: Daňková, 2016 In Mravčík et al., 2016

2.2 Specifika adiktologické péče s dětmi a adolescenty

2.2.1 Závislostní chování u dětí a dospívajících

Národní Agentura pro zacházení s návykovými látkami (National Treatment Agency, dále jen NTA), jedna z britských institucí, která zprostředkovává zdravotní služby pro děti je jedním z hlavních informačních kanálů ohledně možných postupů adiktologické péče pro děti a dorost. Její zpráva z roku 2010 – 2011 (Gilvarry et al., 2012), uvádí, že 90 % léčené mladé populace jsou ti, kteří zneužívají alkohol a drogy. NTA zároveň definuje, že definice pojmu „problémové užívání návykových látek“ se u mladých lidí liší od definice pro dospělé. Užívání návykových látek má u mladých lidí důležitý vztah k jiným problémům v jejich životě. NTA definuje, že užívání návykových látek je většinou důsledkem jiných závažných situací jako je rozpad rodiny, výchovné problémy, záškoláctví, špatné školní výsledky, duševní potíže, sebepoškozování a potíže s nedostatečným bydlením. Užívání je tedy spíše důsledkem těchto nepříznivých potíží než jejich příčinou (Gilvarry et al, 2012). MacLeod (2004) ve své léčebné studii dále rozvinul, že 60 % klientů bylo v minulosti zneužito, 41 % má

diagnostikováno ADHD, 20 % deprese a 14 % posttraumatickou stresovou poruchu. Samotné užívání pak zprostředkovává bránu do zmíněných skrytých okolností klientů. Definice závislosti jako chronického onemocnění tedy ruku v ruce přináší implikaci dalších intervencí. V popředí je především multidisciplinární, týmový přístup, diagnostika, léčba duálních diagnóz, prevence relapsu, a jiné (Allotey, 2011; Eaton, 2011).

2.2.2 Profil klienta služeb dětské a dorostové adiktologie

Miovský et al. (2014) ve své studii publikovali analýzu potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování. Výpovědi studie zprostředkovaly charakteristiku a profil klientů vybraných služeb. Nejčastěji popisovali rodinné prostředí jako liberální nebo naopak hyperprotektivní rodičovský přístup, dále vyzdvihovali rozdíly v rolích muže a ženy jako je nepřítomnost otce a aktivita matky jako osoby zodpovědné za dění v rodině. Současně komunikace byla v těchto rodinách nefunkční a rodiče spolu začali komunikovat, až když se objevily problémy. Dítě vyrůstající v takové rodině, si pak skrze užívání návykových látek a jiné rizikové chování, jako je sebepoškozování, přerušení školní docházky, útěky z domova a jiné, může vynucovat pozornost a zájem rodičů. Jako další zátěž rodinného systému vnímali pracovníci služeb rozvod, náhradní rodinná výchova, nepřítomnost rodiče nebo samotné užívání návykových látek rodičem. Jako faktory na straně klienta se pak objevoval disharmonický vývoj osobnosti, emoční problémy, poruchy chování, smíšené poruchy chování a emocí a duální diagnózy, mezi kterými se vyskytovalo především ADHD, afektivní a psychotické poruchy. Děti a adolescenti užívající návykové látky se také projevují nízkou frustrační tolerancí, neschopností a nezájmem plánovat a předvídat důsledky svého jednání, problém s respektováním autorit, nedostatečné vyplnění volného času, záškoláctví, špatné výsledky a zvýšená absence ve škole (Miovský et al., 2014).

2.2.3 Klinická doporučení pro praxi

2.2.3.1 *Komplexní klinické zhodnocení dětského a adolescentního klienta*

Klinické zhodnocení adolescentního klienta by mělo být komplexní, přičemž výchozím bodem toho posouzení je rozhovor s klientem a adiktologická diagnostika prostřednictvím relevantních adiktologických nástrojů. Klinické zhodnocení by mělo probíhat kontinuálně po celou dobu spolupráce s klientem a mělo by být hlavním zdrojem plánovaných odpovídajících intervencí.

Diagnostický rozhovor

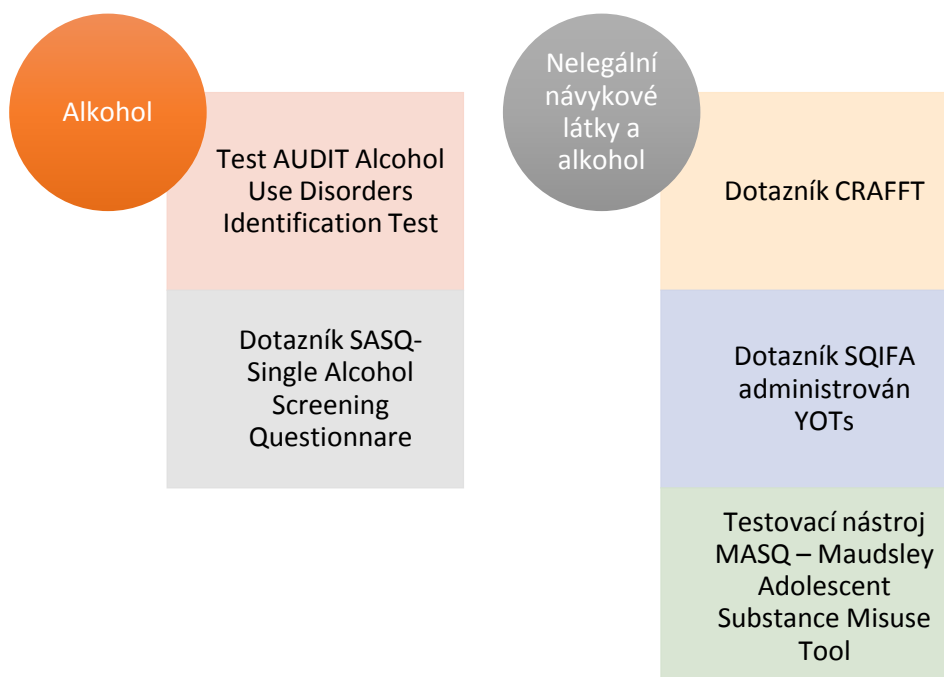
Rozhovor s klientem by měl být prováděn pracovníky kompetentními k práci s mladými lidmi. Cílem takového rozhovoru je kromě identifikace možných způsobů užívání návykových látek také jeho celkové ohrožení a jiných závažných životních situací. Informace z takového rozhovoru by měly být nadále rozšiřovány o další výpovědi z interakce s rodinnými příslušníky nebo jinými pečovateli.

Rozhovor s dětským a adolescentním klientem by měl směřovat od obecných, vztah budujících otázek k postupně více specifickým. Obecné otázky mohou být zaměřené na to, kam chodí klient do školy, co jej baví a co dělá ve svém volném čase. Přes tyto otázky by se pracovním měl postupně dostat k otázkám zaměřeným na rizikové chování, sebepoškozování a užívání návykových látek (NICE, 2010). Rozhovor by měl také zjistit klientovu životní spokojenost, plány do budoucna, míru sebereflexe aj. (McAdam & Mirza, 2009). Celý rozhovor by měl být konstruován do přiměřeného jazyka zaměřeného na tuto klientelu s předem dohodnutým způsobem oslovování (NICE, 2010). Klinické zhodnocení by mělo probíhat kontinuálně po celou dobu spolupráce s klientem a mělo by být hlavním zdrojem plánovaných odpovídajících intervencí.

Adiktologická diagnostika

Pro komplexní adiktologické zhodnocení dětského a adolescentního klienta a odpovídající diagnostiku, by výše zmíněné postupy měly být doplněny o práci s vhodnými diagnostickými nástroji. Jako relevantní adiktologické nástroje k identifikaci rizikového chování u dětí a adolescentů byly definovány následující:

Graf 7. Vhodné klinické nástroje k identifikaci rizikového chování u dětí a adolescentů



Diagnostika a klinické zhodnocení formou terapeutického rozhovoru jsou základem komplexního adiktologického posouzení. Validita a komplexnost informací by měla být zajištěna osobou, která zhodnocení provádí, tedy odborníkem, vedoucím nebo jiným specialistou, který je oprávněn a vzdělán k posouzení širších vývojových a duševních potřeb klienta, na základě kterých pak vypracovává komplexní léčebný plán s odpovídajícími intervencemi (Gilvarry et al., 2012). Toto

komplexní klinické posouzení by mělo následovat co nejdříve poté, kdy jsou identifikovány první problémy dítěte a adolescenta (Gilvarry et al., 2012).

2.2.3.2 Adiktologické intervence v práci s dětskými a adolescentními klienty

Intervence, které byly definovány na základě provedených výzkumů a platné legislativy, by měly vycházet z následujícího:

- Aktivní účast mladých lidí a jejich rodinných příslušníků by měla být co nejvyšší, s případnou možností využití terénních programů,
- počátečních analýz životních okolností a souvisejících duševních obtíží,
- propojení a spolupráce místních systémů,
- vhodně indikované intervence využívající dostupných zdrojů,
- následná péče,
- dostatečná podpora zaměstnanců v oblasti vzdělávání a podpory (Gilvarry et al., 2012).

2.2.3.3 Léčebný plán

Následujícím krokem v práci s dětským a adolescentním klientem je vypracování komplexního léčebného plánu. Ten by měl zohlednit veškeré potřeby a schopnosti klienta, jeho rodinné, kulturní, sociální a zdravotní okolnosti. Tento plán by měl obsahovat veškeré úkony, včetně lékařských a terapeutických postupů a měl by být vypracován ve spolupráci s klientem (Gilvarry et al., 2012). Léčebné postupy by pak měly zahrnovat přístupy individuální, rodinné a skupinové, práce s dětským a adolescentním klientem by měla zahrnovat také formy socioterapie a prevence.

Odchod z péče, případně plánované ukončení by mělo být konzultováno prostřednictvím nabídnutého setkání. Rodiče nebo jiní opatrovníci by měli být do rozhodování o ukončení péče zahrnuti. V případě plánovaného ukončení nebo přestupu je proces předem naplánován a jednotlivé kroky jsou ujasněny a zdokumentovány. V případě přechodu do jiné služby jsou uzavřeny dohody postupu péče s dalšími zařízeními, přičemž klientovi je umožněn návrat do původního zařízení v případě zájmu. Výstupem ukončení péče nebo její předání by měla být shoda v dohodě a informace zprostředkované klientovi i jeho nejbližším o tom, jak znovu v případě potřeby získat pomoc (Gilvarry et al., 2012).

2.2.3.4 Význam rodinné terapie

Základním předpokladem pro změnu chování adolescentního jedince je změna prostředí, ve kterém žije. Z tohoto důvodu je rodinná terapie potřebnou součástí léčebného přístupu. To, co rodina považuje za problém je symptomem, který má svou funkci a význam. U uživatelů návykových látek je právě rizikové chování zmíněným symptomem. Může tedy sloužit k udržení rodinné homeostázy, proto je v terapii potřeba se zaměřit na změně celkové rodinné struktury, aby později nedošlo

k vytvoření nových symptomů. Mezi dílčí terapeutické cíle práce s rodinou závislého klienta patří zlepšení kvality života všech členů, udržení a podpora sociálního statusu rodiny, zlepšení zdravotního stavu, komunikační dovednosti a zlepšení vztahů (Čtrnáctá, 2013). Studie Hendersona (2010) a Hendrikse (2011) ukázaly, že intervence rodinné péče prokázaly zlepšení u navazujících intervencí a zároveň bylo u těchto klientů dosaženo vyššího zapojení do léčby. Studie neprokázaly vyšší účinnost konkrétního typu rodinné terapie, ale zvýšily účinnost poskytnutých intervencí.

Kaminer (2011) definuje adiktologickou péči adolescentních klientů jako proces, do kterého je potřeba přispívat svým vedením, monitorováním a který vyžaduje individuální přístup založený na přizpůsobení jednotlivým potřebám klienta. Zapojení blízkých osob klientů má vliv na úspěšnost léčby, přičemž zvyšuje retenci a angažovanost klientů do léčebného procesu. Práce s celým rodinným systémem také zlepšuje sociální chování klientů (Radimecký, 2006). Adiktologické výkony zaměřené na závislého klienta a jeho rodinu jsou dle Sklenáře (2013) definovány jako individuální a skupinová adiktologická terapie a adiktologická rodinná terapie. Mezi další intervence můžeme také zařadit rodinné poradenství a skupinovou práci zaměřenou na práci s blízkými osobami závislých.

2.3 Systém péče v oboru dětské adiktologie

Výzkum provedený v roce 2014 (Miovský et al.), zaměřující se na analýzu potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hlavního města Prahy potvrdil, že současný systém péče a dostupnost služeb pro tuto cílovou skupinu je nedostatečný a neodpovídá na aktuální potřeby. V současné době chybí i propojenost systému v práci s těmito klienty a neschopnost zachytit tyto klienty včas. Výzkum potvrdil i absenci pobytové a ambulantní léčby pro děti do 15 let a apeluje na potřebu jejich vybudování. Nedostatečnost adiktologické péče o mladistvé je propojena s nedostatečností psychiatrické péče. Česká republika nemá vládní program péče o duševní zdraví, neexistuje centrální politika zajištění péče dětské a dorostové psychiatrie, a to jak ambulantní, tak lůžkové. Nedostatek pedopsychiatrů je známým faktem, který je zřejmě důsledkem především komplikovaného získání potřebné specializace (Ombudsman, 2013).

V následujících kapitolách bude popsán systém adiktologických služeb pro děti a adolescenty v České republice. Představeny budou jednotlivé typy služeb, včetně adiktologické ambulance, ve které byla realizovaná klinická práce s klientem vybraným pro tuto kazuistickou práci.

2.3.1 Ambulantní adiktologická péče

2.3.1.1 *Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*

Ambulance dětské a dorostové adiktologie vznikla jako pilotní projekt svého typu v rámci ambulantních služeb Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Soustředí se na problematiku závislostního chování a souvisejících komplikací u dětí a adolescentů. Klienty zařízení jsou děti a mladiství, kteří se potýkají s užíváním návykových látek a s problémy v oblasti nelátkových závislostí. Ambulance je určena dětem a mladistvým, kteří mají problémy s návykovými látkami, případně problémy v oblasti tzv. nelátkových závislostí (gambling, počítače atd.). Její činnost předpokládá úzkou spolupráci jak s rodiči a blízkými osobami, tak se sítí dalších specializovaných institucí. Pro dlouhodobější spolupráci je třeba alespoň základní motivace pacientů a blízkých pro spolupráci na diagnostice a léčbě. Tým ambulance tvoří psychiatr, adiktologovi, psychologové a terapeuti (Šťastná, 2013).

2.3.1.2 Dorostová adiktologická ambulance ADA+ Zařízení sociální intervence Kladno

Tato ambulance je specializovaným pracovištěm pro adiktologickou práci s klienty ve věku 12 – 19 let. Ambulance se soustředí na práci s celým rodinným systémem, služby zařízení jsou určeny dětem a mladistvým, kteří se potýkají se závislostním chováním a jejich rodičům. Postupy práce představují individuální a skupinovou terapii, psychiatrickou, psychologickou a adiktologickou diagnostiku, socioterapii a rozvojové aktivity a jsou zprostředkovávány multidisciplinárním týmem ambulance. Součástí práce je úzká spolupráce s dalšími institucemi, jako jsou školy, orgán sociálně právní ochrany dětí, výchovné ústavy a další. Klienty zařízení jsou především uživatelé návykových látek, hlavně marihuany a stimulancií a také hráči počítačových her a nadměrní uživatelé mobilních telefonů. Terapeutický tým tvoří psychiatr, adiktolog, psychologové, sociální pracovníci a terapeuti (ZSI-Kladno, 2017).

2.3.2 Ambulantní psychiatrická péče

Ambulantní psychiatrická péče v České republice představuje asi 110 psychiatrických ambulančí pro děti a dorost. Celkový počet těchto služeb představuje asi 77 smluvních míst, což má dopad na určitou nepružnost a délku objednávací doby ve výši až 3 měsíců. Dětská ambulantní psychiatrická péče je často zajišťována psychiatry specializovanými na péči o dospělé pacienty, což se může stát nefungujícím postupem, obzvlášť v případě nedostatečných zkušeností odborníků v péči o děti a dorost (Ombudsman, 2013).

2.3.3 Speciální péče – stacionáře

Samotná speciální péče v oboru dětské psychiatrie zprostředkovaná stacionáři, v České republice chybí. Stacionáře specializované na léčbu závislostí se nevyskytují vůbec. Užívání návykových látek je pro indikaci do stacionáře pro děti a dorost kontraindikací (VFN, 2012).

2.3.4 Pobytová léčba

2.3.4.1 *Dětské a dorostové detoxifikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského*

Ústavní léčbě závislosti běžně předchází pobyt na detoxifikačním oddělení. Odvykací syndrom a příznaky s ním spojené jsou jedním ze základních znaků závislosti. Detoxifikace je obdobím, kdy se organismus uživatele zbavuje návykové látky. Jedná se o zvládnutí akutního stavu, který se projevuje stavy fyzickými a psychickými. Projevy odvykání od užívání návykové látky se liší v závislosti na typu užívané látky a jejím množství (Dvořáček, 2003). Indikací k pobytu na detoxifikačním oddělení je odvykací stav, který by jinak nemusel být bezpečně zvládnutelný v prostředí domova (Nešpor, 2003). Specializované detoxifikační oddělení pro děti a dorost existuje v České republice jen jedno. Jedná se o Dětské a dorostové detoxikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. K. Boromejského (Pod Petřínem) sídlící na Praze 1. Detoxifikační oddělení nabízí pobyt v délce 7 až 14 dnů pro děti a mladistvé do věku ukončeného 18. roku bez regionálního omezení. Přijímání jsou pacienti naplňující kritéria rekreačních uživatelů a experimentátorů, přes problémové uživatele návykových látek až po uživatele s projevujícím se syndromem závislosti. Program kromě zvládnutí tělesných projevů odvykacího stavu, které bývají ošetřeny farmakoterapií, zprostředkovává oddělení také psychoterapeutickou práci formou skupinové a individuální terapie s cílem motivace k další návazné péči. Detoxifikační oddělení zprostředkovává také péči psychiatrické, pediatrické a psychologické ambulance (Nemocnice milosrdných sester, n.d.).

2.3.5 Dětské psychiatrické nemocnice

Samotná detoxifikace zdaleka není postačující intervencí a je potřeba motivovat uživatele již před samotným pobytem další léčbě. Většina terapeutických komunit a léčebných oddělení vyžadují před nástupem detoxifikaci (Nešpor & Csémy, 2004). Dostupnost a organizace dětských psychiatrických nemocnic je výsledkem historického vývoje, nikoliv centrální úvahy. V poslední době dochází k uzavírání dětských oddělení z důvodu jejich prodělečnosti. Důsledkem takové organizace je fakt, že lůžková péče je v některých oblastech natolik vzdálená, že je pro hospitalizované děti nemožné vídat rodiče a z toho důvodu k hospitalizaci buď nedojde, nebo je dítě od rodiny izolováno.

Na základě poznatků zjištěných v letech 2011 a 2012 a Koncepce oboru psychiatrie vyplývá, že systém pedopsychiatrické péče v ČR vykazuje značné prvky institucionalizace, s výrazným nedostatkem služeb komunitních a ambulantních. Ambulantní pedopsychiatrické péče není v některých regionech dostupná a doporučení k hospitalizaci jsou v některých regionech nuceně zprostředkovávat psychiatři pro dospělé.

Dětskou psychiatrickou pobytovou léčbu zprostředkovává v České republice několik nemocnic:

- Dětská psychiatrická nemocnice Opařany

- Dětská psychiatrická nemocnice Louny
- Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš
- Dětská psychiatrická nemocnice Praha – Bohnice
- Dětská psychiatrická nemocnice Dobřany
- Dětská psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
- Dětská psychiatrická nemocnice Kroměříž
- Dětská psychiatrická nemocnice Opava
- Dětská psychiatrická nemocnice Louny
- Dětská psychiatrická nemocnice Šternberk
- Dětská psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Praha – Motol
- Dětské a dorostové oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Plzeň
- Dětská psychiatrie Thomayerovy nemocnice Praha
- Dětské oddělení Psychiatrické kliniky Brno – Bohunice
- Dětské psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec

Průměrná délka hospitalizace se v různých nemocnicích pohybuje v délce mezi 42 dnů po 5 měsíců. Obložnost nemocnic závisí také na období a související zátěži, které jsou děti vystavovány v průběhu školního roku (Ombudsman, 2013).

2.3.6 Zařízení v gesci MŠMT

Pobyťová péče o děti a adolescenty potýkající se s problémy v oblasti užívání návykových látek, je pro nedostatečnost adiktologických služeb, výrazně směřována do zařízení v gesci MŠMT. Jedná se především o ústavní a ochrannou výchovu. Ta je v České republice zprostředkována dětskými domovy, domovy se školou, dětskými diagnostickými ústavami, dětskými výchovnými ústavami a domovy pro děti vyžadující zvláštní péči.

Slovník sociálního zabezpečení (n.d.) definuje ústavní výchovu jako opatření, které nařizuje soud v případě, že: „výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit“ (Slovník sociálního zabezpečení, n.d.). K ústavní výchově se soud přiklání, pokud předchozí opatření nápravu nezajistily, přičemž vždy nejprve preferuje svěřením dítěte do péče fyzické osoby. Rozhodnutí, které soud činí také uvádí konkrétní zařízení pro výkon ústavní výchovy. Ústavní výchova se nařizuje v opakovaných výkonech, přičemž prodloužit se může až na dobu 3 let a v pravidelných intervalech o délce 6 měsíců prozkoumává, zda důvody pro nařízení ústavní výchovy nadále trvají.

Ochranná výchova je definována takto: „ochranných opatření dle trestního zákona, upravuje ji zákon o soudnictví ve věcech mládeže. Může být uložena jednak mladistvému (za mladistvého se považuje

osoba, která dovršila 15. rok a nepřekročila 18. rok svého věku) a jednak osobě mladší 15 let. Jejím účelem je kladně ovlivnit duševní, mravní a sociální vývoj dítěte/mladistvého a chránit společnost před pácháním jeho provinění. Institut ochranné výchovy by měl určitým způsobem v některých případech nahrazovat nepodmíněné odnětí svobody a to tak, že dítě nebo mladistvý se umístí do prostředí, které mu má nabídnout možnost připravit se na řádný život po propuštění a zbavit se následků zanedbané výchovy. Osobě mladší 15 let lze uložit ochrannou výchovu pouze v občanskoprávním řízení, a to povinně, pokud osoba, která dovršila 12. rok svého věku a je mladší než 15 let spáchala čin, za který trestní zákon dovoluje uložení výjimečného trestu, a fakultativně tehdy, jestliže je to nutné k zajištění řádné výchovy osoby mladší než 15 let, která spáchala čin, který by jinak byl trestným činem“ (Slovník sociálního zabezpečení, n.d.). Tento proces je ukládán v trestním řízení a je uložen, pokud mladistvý naplňuje jednu ze tří podmínek, kterou stanovuje zákon: „Jde o případy, kdy o výchovu mladistvého není náležitě postaráno nebo dosavadní výchova mladistvého byla zanedbána nebo prostředí, v němž mladistvý žije, neposkytuje záruku jeho náležité výchovy“ (Slovník sociálního zabezpečení, n.d.). Ochranná výchova se ukládá do dovršení 18. roku věku mladistvého, s možností prodloužení do dovršení 19. roku (Slovník sociálního zabezpečení, n.d.).

3 Kazuistická část

3.1 Úvod

Kazuistická část práce se věnuje případové studii 17letého klienta dětské a dorostové adiktologické ambulance s primární užívanou návykovou látkou marihuanou. V této části jsou podrobně nastíněny klinické postupy v práci s konkrétním klientem na základě zjištěných anamnéz a diagnóz, s cílem přizpůsobit je konkrétním potřebám vybraného klienta. Závěrem jsou prezentovány úskalí práce s touto klientelou a jsou navrženy možné postupy pro profesionály z oboru dětské a dorostové adiktologie.

3.2 Cíl práce

Jako hlavní cíl této práce bylo zvoleno:

Popsat a zhodnotit stav vybraného klienta, s primární užívanou návykovou látkou marihuanou, v průběhu ambulantní adiktologické péče z pohledu adiktologa.

Mezi dílčí cíle práce bylo zařazeno:

Na základě prezentované kazuistické práce, identifikovat specifika adiktologické a terapeutické práce s dětskou a dorostovou klientelou.

Navrhnout možné postupy práce pro profesionály z oboru dětské a dorostové adiktologie.

3.3 Metodické aspekty kazuistické práce

Výchozím bodem kazuistické práce byla terapeutická aliance nastavená mezi mnou (terapeutem) a klientem. Vycházela jsem tedy z terapeutických rozhovorů, které byly realizovány během individuálních, párových, rodinných a skupinových sezení, a z uskutečněných písemných záznamů. Hlavní výzkumnou strategií byl tedy zvolen kvalitativní přístup, který výzkumníkovi umožňuje zkoumat problém do hloubky, přičemž zároveň mu umožňuje zohlednit celkový kontext a podmínky výzkumu. Zároveň pro vybranou práci byl také zvolen jeden výzkumný objekt a zasahuje tedy jen velmi omezenou část populace. V této práci byla použita technika nestrukturovaných rozhovorů, ve které si tazatel nevytváří žádné schéma, což mu umožňuje zachycení velkého množství informací, přestože hrozí rozplynutí rozhovorů do neurčita (Hendl, 2005). Pro účel kazuistické práce byl rekrutován klient docházející do dětské a dorostové adiktologické ambulance, formou záměrného výběru vzorku. Pro výběr byla stanovena následující kritéria – aktuální léčba v dětské a dorostové adiktologické ambulanci po dobu minimálně 4 měsíců, věk v rozmezí 12 – 19 let, primární užívaná návyková látka marihuana. Rozhovory nebyly nahrávány na audio-záznam. Mezi další použitá data patřily záznamy z jiných relevantních výkonů, tedy z terapeutické skupiny pro rodiče a blízké osoby závislých, kam pravidelně docházela klientova matka. Rovněž byly zohledněny klientovy osobní záznamy z vybraných použitých arte-terapeutických technik, non-verbálních technik a aktivit

rozvojové terapie. Tyto data jsem vyhodnotila na základě vybrané odborné literatury, odborné supervize a pravidelných intervizních setkání. Zjištěné výsledky jsou prezentovány v následující části této práce.

3.4 Etická rovina v práci s klientem

Hlavním etickým podkladem sběru dat byl informovaný souhlas (viz. Příloha č. 1), podepsán účastníkem výzkumu. V tomto dokumentu je také vysvětlen cíl a obsah studie a podmínky účasti v rozhovoru. Informovaný souhlas zprostředkovává účastníkovi kontakt na vedoucího práce v případě stížností, dalších dotazů nebo zájmu o nahlédnutí do závěrečné podoby práce. Během podepisování informovaného souhlasu byl ponechán prostor pro dotazy. Jméno klienta bylo změněno, stejně jako všechny další informace, které by mohly zprostředkovat jeho identifikaci. Získané informace zůstávají nadále v adiktologické ambulanci a u výzkumníka a bude s nimi nakládáno podle zákona č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a jejich uchování v informačních systémech. Ochrana výzkumníka byla zajištěna institucí, ve které byl výzkum realizován v předem domluvený den a čas. Výzkumník neposkytoval respondentovi jakékoliv osobní informace a byl zprostředkován pouze profesní telefonní kontakt. Při zpracování výzkumu docházelo ke střetu rolí autora práce a výzkumníka a zaměstnance organizace. Zvolená organizace schválila realizaci této práce, stejně jako umožnila uvést celý její název.

3.5 Prezentace výsledků kazuistické práce

3.5.1 Anamnézy

V této kapitole prezentuji výsledky odebraných anamnéz během adiktologické a terapeutické práce s klientem. Postupně je prezentována zdravotní anamnéza, dále sociální, adiktologická, psychologická a psychiatrická anamnézu. Podrobně je popsána také Pavlova rodinná anamnéza.

3.5.2 Adiktologická anamnéza a adiktologická diagnostika

Pavel se s návykovými látkami setkal již v dětství, pravidelně je totiž konzumovali jeho rodiče. Během rodinných oslav měl možnost ochutnávat různé alkoholické nápoje. K prvnímu většímu abúzu došlo ve 12 letech o Velikonocích společně s bratrem, po konzumaci asi 5 – 7 velkých panáků vodky (jeden velký panák odpovídá 50 ml nápoje). Po tomto prvním abúzu následovala v konzumaci alkoholických nápojů asi 8 měsíční pauza. Během následující oslavy konce roku však došlo k dalšímu opití, během kterého se objevily i výpadky paměti a rozsáhlé nevolnosti. Od svých 13 let tedy Pavel pravidelně konzumoval alkoholické nápoje, velmi často až do stavu opilosti. Jednalo se především o destiláty, nejčastěji o rum, vodku a absint. Dle diagnostických kritérií závislosti Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10), však diagnózu závislosti na alkoholu potvrdit nelze. Dle MKN-10 se tedy jednalo o diagnózu F10.1 škodlivé užívání alkoholu, které je definováno jako „užití návykové látky vedoucí k poruše zdraví, které může být psychické nebo somatické. Případně abúzus návykové látky“

(MKN-10, 2013). V současné době již Pavel destiláty nekonzumuje, pije průměrně 2 – 4 piva za týden. K takto omezené konzumaci alkoholických nápojů došlo na úkor zvýšeného užívání marihuany asi před dvěma lety.

Klient začal marihuanu užívat ve svých 14 letech. Inspirován byl svým starším bratrem a skupinou jeho přátel. Na své první užití má příjemné vzpomínky, popisuje pocity uvolnění a odreagování, požití během příjemného času stráveného s přáteli. Pavel popisuje, že do ukončení studia na základní škole užíval marihuanu asi 1krát až 2krát měsíčně, vždy ve společnosti přátel, kde mu byla nabízena zdarma. Po přestupu na střední odborné učiliště začal klient marihuanu konzumovat pravidelně, přičemž frekvence a množství užívání se postupně zvyšovalo. Docházelo také k rozsáhlejšímu porušování pravidel, kdy klient nebyl schopen respektovat pravidla matky ohledně kouření za brankou a zároveň nebyl schopen respektovat pravidla instituce školy, kdy odcházel užívat marihuanu i během školního dne v době větších přestávek a obědových pauz. V době nástupu do adiktologické péče užíval klient marihuanu denně, přičemž docházelo k pravidelné konzumaci asi 5 g. Marihuanu také distribuoval, měl tedy sám k dispozici její větší množství.

Dle diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí se u klienta vyskytuje diagnóza syndromu závislosti na kanabinoidech, kterou představuje diagnostický kód F12.2. U klienta se za poslední rok potvrdily následující kritéria: silná touha nebo pocit puzení užívat látku; potíže v kontrole užívání látky, pokud jde o začátek nebo konec užívání; průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami; postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky. Klient nereferoval somatický odvykací stav, nicméně klient referoval přítomnost třech a více kritérií během posledního roku. Diagnostický manuál Americké psychiatrické asociace, pátá revize (dále jen DSM-V), již nadále nerozlišuje mezi abúzem a závislostí, ale vnímá tyto dvě kategorie jako spojitě kontinuum s různým stupněm závažnosti. Závažnost poruch spojených s užíváním návykových látek se poté odvíjí od počtu potvrzených znaků. Ty DSM-V definuje jako narušenou kontrolu v užívání návykové látky, craving, zjevné poškození v sociální oblasti klienta, rizikové užívání návykové látky, změny v toleranci a abstinční syndrom. Dle těchto znaků se u klienta objevuje pět z šesti zmíněných znaků, které dle diagnostického manuálu definují středně těžkou poruchu spojenou s užíváním psychoaktivní látky (DSM-V, 2013).

Pro rozsáhlejší klinický assessment bylo využito dalších diagnostických nástrojů. Byl aplikován dotazník CRAFFT určený pro cílovou skupinu dětí a dospívajících s cílem identifikace rizikového chování u dětí a dospívajících. Také byl aplikován dotazník DAST – Screeningový nástroj k určení míry zneužívání návykových látek a Evropský index závažnosti návykového chování – EuropASI.

Ve vztahu k dalším návykovým látkám udává Pavel kouření tabáku. V současné době se jedná o jednu vykouřenou krabičku denně. K prvnímu užití tabáku došlo ve 12 letech, přičemž se jednalo

o jednorázový abúzus. Klient začal pravidelně kouřit ve 14 letech, kdy se jednalo o 2 – 3 vykouřené cigarety denně. Ty bral svým rodičům nebo je dostával od kamarádů. Po nástupu na střední školu začal Pavel navyšovat frekvenci kouření a množství vykouřených cigaret. Dle diagnostických kritérií manuálu Světové zdravotnické organizace lze potvrdit diagnózu závislosti na tabáku F17.2. Využito bylo také relevantního diagnostického nástroje, Fagerströмова testu nikotinové závislosti, který diagnózu závislosti na tabáku potvrdil.

Pavel přiznal i zkušenosti s užitím jiných návykových látek, přičemž dle jeho výpovědi se vždy jednalo o jednorázový abúzus. Konkrétně došlo k užití pervitinu formou sniffingu a extáze prostřednictvím tablety.

3.5.3 Psychiatrická a psychologická anamnéza

Klient v minulosti nikdy v kontaktu s psychologem, psychoterapeutem nebo psychiatrem nebyl a jakékoliv psychologické nebo psychiatrické potíže nereferoval. Sebevražedné myšlenky se u něj také nikdy nevyskytly. V minulosti také nepodstoupil hospitalizaci na psychiatrii. V rámci vstupní diagnostiky bylo provedeno psychiatrické vyšetření lékařem se specializací v oboru dětské psychiatrie, které potvrdilo diagnózu F12.2 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů – Syndrom závislosti na kanabinoidech). Medikace klientovi nasazena nebyla. Zároveň bylo vyhodnoceno, že speciální psychologické vyšetření zatím provedeno nebude.

3.5.4 Rodinná anamnéza

Pavel se narodil jako druhé dítě do partnerského vztahu Petry a Jakuba. Jejich prvním dítětem byl Tomáš, který se rodičům narodil nečekaně v jejich 17 letech. Přesto byla matka schopná dokončit střední odbornou školu ekonomickou. Otec vystudoval pouze základní školu a dále se živil jako dělník. V současné době pracuje jako řemeslník na stavebách. Pavel se narodil jako druhé dítě o 3 roky později, když bylo rodičům 20 let. Dle Pavlových výpovědí spolu rodiče netrávili mnoho času. Během dne byli pracovně vytížení a večer si spolu moc nepovídali. Otec odcházel do hospod nebo společně s matkou sledovali televizi. Užívání návykových látek tedy i v rodinném systému hrálo své místo. Otec pravidelně konzumoval alkohol a oddával se víkendovým tahům. Přestože matka opakovaně vyjadřovala přání, aby se její partner neopíjel, v konzumaci jej v podstatě podporovala kupováním alkoholických nápojů. Především z výpovědí Petry ze setkání skupiny určené pro rodiče a blízké závislých osob lze pozorovat vyskytující se fenomén spoluzávislosti (kodependence). Ke společným rodinným aktivitám moc nedocházelo, matka si zakládala především na rodinných oslavách, ale společné večere nebo víkendové aktivity nepodnikali. Pavel se tedy stal „dítětem ulice“, většinu času trávil venku ve vesnici, kde měl spoustu přátel a známých, dokonce i mezi staršími sousedy. Pavel přiznává, že matka se o děti „dobře starala“. Do dnešního dne pravidelně vaří, pere a uklízí, do intelektuálního rozvoje a volnočasových aktivit dětí však nikdy příliš neinvestovala.

Pavlovi rodiče nikdy nevstoupili do manželství a partnerský vztah ukončili, když bylo Pavlovi 16 let. K tomuto kroku údajně směřoval vzrůstající počet konfliktů a hádek, postupně docházelo i fyzickému napadání matky. Pavel uvedl fyzický konflikt s otcem, kdy se postavil na stranu matky a před otcem ji bránil. Krátce poté došlo k ukončení jejich partnerského vztahu a otec se odstěhoval do domu svých rodičů na Moravu. Pavel s otcem zachovával střídmy kontakt, především telefonický, který odpovídal asi 5 telefonátům za rok. Tyto telefonáty inicioval především otec, k osobnímu setkání došlo jen k příležitosti Pavlových narozenin nebo na Vánoce. Pavel přiznává, že osobní bariérou během těchto setkání bylo přetrvávající naštvaní na otce od jeho posledního fyzického konfliktu s matkou. Tento minimální kontakt s otcem Pavel přerušil v době umístění do výchovného ústavu, kdy se mu otec přestal ozývat a ani Pavel kontakt neinicioval. Vztah s matkou je dále podrobně rozebrán v odpovídající kapitole 3.8.2.

Pavel považoval svého bratra Tomáše od dětství za jednoho ze svých nejlepších kamarádů. Trávil s ním veškerý svůj volný čas a také přátelé měli společné. Tomáš byl Pavlovým starším vzorem, který mu také představil návykové látky a jejich užívání. Spojovala je především marihuana a také rivalita vůči matce, přičemž společně posouvali její hranice. Matka je dlouho nedokázala rozdělit a povedlo se jí to až umístěním Pavla do výchovného ústavu. V té době zároveň vystěhovala Tomáše na ubytovnu a nastavila nová pravidla. To, jak se Pavlův vztah s bratrem vyvíjel během adiktologické práce je podrobně popsáno v kapitole 3.8.6.

Do dnešního dne bydlí Pavel s matkou v domě Petřiných rodičů. Spodní patro obývala babička společně s dědečkem, který před 2 lety zemřel na infarkt. Pavel s prarodiči vycházel vždy dobře, protože u nich vždy našel přijetí. S babičkou trávil Pavel vždy dost času, navštěvoval jí a chodil jí pravidelně pomáhat. Rok po dědečkově smrti navázala babička nový vztah s Davidem, který se krátce na to nastěhoval do jejího domu. S Davidem Pavel zachovává fungující vztah.

Mezi další významné osoby v životě klienta můžeme zařadit jeho přítelkyni Janu. Jana návykové látky neužívá a v současné době dokončuje střední školu s maturitou a chystá se ke studiu na vysoké škole. Partnerský vztah Pavla a Jany vzešel před dvěma lety z přátelství, které spolu navázali ve vesnici již v dětství.

3.5.5 Zdravotní anamnéza

Na základě prezentované zdravotnické dokumentace a výpovědi klienta by se dalo říct, že Pavel je v současné době zdravý, v dětství žádné větší nemoci neprodělal, i porod proběhnul v pořádku. V srpnu roku 2016 podstoupil operaci kolene, od té doby jej další komplikace netíží. Otec je údajně také bez větších zdravotních komplikací, v minulosti podstoupil jen operaci apendixu. Matka je zdravá. Informace o závažnějších nemocích v rodině klient neuvedl.

3.5.6 Sociální anamnéza

Klient Pavel vystudoval základní školu v okolí svého bydliště, byl spíše podprůměrným žákem a přiznává, že ho škola moc nezajímala. Základní docházku však dokončil bez větších komplikací. V dětství byl velmi sociální a komunikativní, ve třídě i na vesnici měl spoustu přátel. Mezi nejbližší přátelé však patřili kluci z vesnice, se kterými již od raného dětství trávil nejvíc času. Díky těmto kontaktům navazoval klient vztahy nejen s vrstevníky, ale vytvořil přátelství i s lidmi o 5 – 15 let staršími. Po základní škole nastoupil Pavel na střední odborné učiliště, obor tesař. Je spíše průměrným žákem a zajímají jej především praxe, kde se věnuje zvolenému řemeslu. V současnosti dokončuje 2. ročník. Po škole si přivydělává brigádou na farmě, přičemž v této práci pravidelně tráví víkendy a většinou i odpoledne během pracovního týdne. Jeho měsíční mzda činí asi 8 000 korun. V současné době klient žije nadále ve vesnici v domě jeho babičky společně s matkou. Často u něj přebývá, v podstatě by se dalo říct, že bydlí, jeho o rok starší přítelkyně, která letos maturuje a dokončuje střední školu. Občas v domě přespí i matčin přítel, se kterým v současné době vychází Pavel spíš neutrálně. Babička žije společně se svým přítelem Davidem. Tyto vztahy již byly podrobněji rozepsány v kapitole 3.5.4.

3.6 Výchozí bod terapeutické spolupráce

Pavel, narozen v roce 1999, v současné době již dospělý klient Dorostové adiktologické ambulance ADA+ Zařízení sociální intervence Kladno, poprvé přišel do této služby v červnu 2016. V současné době je s ním tedy navázaná roční spolupráce. Klient přišel do zařízení pod nátlakem matky, která aktivně dochází do podpůrné skupiny pro rodiče a příbuzné závislých ve stejné organizaci. V té době Pavel aktivně užíval marihuanu, v podstatě soustavně, prodával, byl agresivní a společně se svým, o 3 roky starším bratrem matku napadal. Matka na jaře 2016 požádala o spolupráci OSPOD v místě svého bydliště. Kurátorka na Pavla apelovala, aby nejprve navázal spolupráci v ambulanci. V červnu 2016 se Pavel poprvé dostavil do adiktologické ambulance v Kladně, kdy specializovaná péče o děti a mladistvé teprve vznikala. Během tohoto setkání však deklaroval, že marihuanu užívat nepřestane a tento životní styl si hodlá udržet.

Matka se tedy během další spolupráce s OSPODem rozhodla podat předběžné opatření s cílem umístit dítě do ústavního zařízení a nepokračovat v ambulantní léčbě. Tyto kroky díky podpoře terapeutické skupiny a kurátorky podnikla velmi rychle a Pavel byl koncem června 2016 umístěn do výchovného ústavu. Toto zařízení provozuje Oddělení pro děti experimentující s návykovými látkami a pro závislé. V režimovém zařízení fungoval Pavel velmi dobře a na návrh zařízení byl po domluvě s OSPODem a matkou pobyt ukončen. Následně mu pak byla opět nařízena léčba v naší ambulanci s povinným testováním na přítomnost návykových látek v moči s tím, že pokud spolupráce nebude fungovat, bude Pavel opět umístěn do ústavu. V září 2016 otevřela organizace Zařízení sociální

intervence Kladno specializovanou adiktologickou ambulancí pro děti a dorost a naše spolupráce s Pavlem začala v říjnu roku 2016. Terapeutický program, který jsme nastavili, zahrnoval individuální sezení jedenkrát týdně, skupinovou terapii jedenkrát týdně, rodinné setkání s matkou dle potřeby a socioterapeutické akce a rozvojové aktivity. Spolupráce také zahrnovala pravidelné testování na přítomnost návykových látek v moči, které probíhalo dle potřeby, většinou však jednou za 2 týdny do dovršení 18 roku věku. Veškeré testování, které v ambulanci proběhlo, bylo negativní.

3.7 Průběh adiktologické a terapeutické práce s klientem

V této pasáži se budu věnovat popisu postupů adiktologické a terapeutické práce s klientem. Samotný průběh práce jsem pro lepší orientaci rozdělila do časového období na čtvrtiny dle klientova postupu na cyklickém modelu změny a vývoje jeho motivace.

Pro přehlednost uvádím tabulku časové posloupnosti terapeutické spolupráce s klientem. V tabulce pozorujeme odpovídající stádium dle cyklického modelu změny, použité intervence a aplikované techniky a hlavní témata terapeutické aliance.

Tabulka 1. Časová posloupnost terapeutické spolupráce s klientem

1/4 terapeutické spolupráce	2/4 terapeutické spolupráce	3/4 terapeutické spolupráce	4/4 terapeutické spolupráce
<ul style="list-style-type: none"> • stádium prekontemplace • práce na terapeutickém vztahu • kontraktování • vytvoření terapeutické aliance • motivační rozhovory • skupinová terapie 	<ul style="list-style-type: none"> • stádium kontemplace • rekontraktování • téma života v dospělosti • rodinná terapie • skupinová terapie 	<ul style="list-style-type: none"> • stádium rozhodování • rekontraktování • téma identity • téma každodenního života • prevence relapsu • relaps 	<ul style="list-style-type: none"> • stádium kontemplace • rekontraktování • téma užívání marihuany • téma zpracování emocí • motivační rozhovory • párová terapie

Upraveno dle: Prochaska, DiClemente in Kalina et al, 2015

3.7.1 První čtvrtina terapeutické spolupráce – říjen–prosinec 2016

Cílem terapeutické spolupráce během prvních několika měsíců bylo především vybudování terapeutického vztahu založeného na přijetí a důvěře. Mým hlavním cílem bylo vést s klientem dialog tak, abych jeho potřeby a rozhodnutí vyslechla s respektem a přijetím. Byly využívány techniky motivačních rozhovorů. Nadále jsme pak od běžných témat jako je škola, kamarádi, hudba a filmy,

přešli k osobnějším tématům, především rodinných vztahů, na kterých jsme pak dále pracovali. Během prvních měsíců docházel klient do ambulance na základě rozhodnutí soudu a jeho motivace byla velmi nízká. Měl pocit, že do takové služby nepatří, protože není „feťák“. Pavel již od počátku nástupu do adiktologické ambulance deklaroval: „V 18 stejně začnu znova hulit a pěstovat, je to můj koníček. Je mi to jedno, co si kdo myslí.“ V souvislosti s opětovným užíváním v dospělosti přinášel klient téma samostatného bydlení. Počátky definování terapeutické aliance se také věnovaly nastavení dospělé komunikace s klientem a vydefinování jasných pravidel. Pavel zpočátku přirozeně testoval hranice, chodil pozdě a terapii nebral příliš významně. Bylo potřeba se tomuto tématu věnovat a nastavit pravidla tak, aby pro něj ambulantní léčba byla přijatelná a nemuselo se přistoupit k opětovnému umístění do ústavního zařízení. Na tuto mou potřebu Pavel pozitivně reagoval a od prvopočátečních nedorozumění pravidelně volal, omlouval se a ujišťoval se v časech sezení. Pro fungující spolupráci s klientem bylo potřeba jej také pravidelně oceňovat a povzbuzovat v tom, že spolupráci začal vnímat na dospělé úrovni.

Po několika prvních individuálních setkáních, byl klient zařazen do terapeutické skupiny adiktologické ambulance pro děti a adolescenty. Na skupině Pavel velmi dobře fungoval a jeho role se postupem času také proměnila. Zatímco v první a v druhé čtvrtině terapeutické spolupráce přinášel klient do skupiny především vlastní témata jako je užívání marihuany, vztah s matkou, samostatné bydlení a škola, ve třetí čtvrtině již témata skoro nepřinášel, ale naopak reagoval na ostatní klienty a často zprostředkovával vlastní zkušenosti z ústavního pobytu a také ve vztahu k užívání marihuany.

Dle cyklického modelu změny, který v roce 1982 definoval Prochaska a DiClemente se Pavel v tomto období nacházel ve stádiu prekontemplace. Pro toto stadium je charakteristické ignorování problému v užívání návykových látek a také nechuť cokoliv změnit. Postupně se však Pavel přesunul, alespoň okrajově, do následujícího stádia, do stádia kontemplace. Začal přemýšlet o změně svého životního stylu a zvažovat pro a proti pravidelného užívání marihuany (Prochaska, DiClemente in Kalina et al, 2015). Dle škály CMRS, můžeme zhodnotit stav klienta v jednotlivých oblastech, které tato škála definuje. Oblast okolností vstupu do léčebného programu je významně charakterizována aktivitou matky, která léčbu iniciovala. Motivace klienta pro vstup do léčebného programu byla tedy velmi nízká. Zároveň pozorujeme u klienta semínko vnitřní motivace v preferenci ambulantní léčby před pobytem v ústavním zařízení. Vzhledem k tomu, že klient v ústavním zařízení fungoval velmi dobře a byla doporučena ambulantní péče, pozorujeme adekvátní připravenost ke změně léčebného zařízení. Oblast vhodnosti, tedy matchingu léčby v dětské a dorostové adiktologické ambulanci vnímám v této fázi jako adekvátní.

3.7.2 Druhá čtvrtina terapeutické spolupráce – leden–únor 2017

Během této části terapeutické spolupráce začínaly probíhat také společná sezení s Pavlovou matkou a s terapeutkou, která s matkou pracuje jak v individuální terapii, tak ve skupině. Pravidelná společná setkání byla prostorem k vyjednání pravidel v domácnosti a otevření nepříjemných témat. Společná setkání byla také důležitým bodem v rekontraktování a v nastavení postupů další spolupráce. Tato sezení souvisela především s hlavním tématem druhé čtvrtiny terapeutické spolupráce, kterým bylo dojednání a nastavení života v dospělosti. Osmnáctý věk znamenal pro Pavla jednak možnost ukončení spolupráce, ale také možnost dalšího konzumování návykových látek bez dalšího postihu. Důležitým momentem společných rodinných setkání bylo, když se Pavlova matka vyjádřila, že „společné bydlení mi nevadí teď, ani v budoucnosti, když budou podmínky ohledně konzumace drog dodržovány“.

Klient projevil zájem ve spolupráci pokračovat. Vzhledem k blížící se dospělosti jsme se rozhodli ukončit Pavlovu léčbu v terapeutické skupině dětské a dorostové adiktologické ambulance a nabídli jsme mu možnost postupu do motivační skupiny pro dospělé klienty. Výhodou nabídnutého postupu byla skutečnost, že jako Pavlova terapeutka zároveň působím i v této motivační skupině. Přestup by tak mohl být jednodušší, díky již navázané důvěře a spolupráci. Mezi pravidla motivační skupiny patří také kompletní abstinence od návykových látek. O těchto pravidlech byl Pavel informován a bylo mu nabídnuto několik účastí na motivační skupině před tím, než se rozhodne závazně vstoupit do půlročního programu, který tato skupina nabízí.

Dle cyklického modelu změny se Pavel v tomto období nacházel ve stádiu kontemplace. Svou závislost na marihuaně si již uvědomil a plně zvažoval pro a proti užívání návykových látek. Postupně se také přesunul do stádia rozhodování, kdy začal přemýšlet nad možnou změnou v užívání návykových látek a nad případným přijetím změny a léčebného plánu soustředící se na tuto změnu v blízké budoucnosti. Ve druhé čtvrtině terapeutické spolupráce byl stav klienta opět zhodnocen pomocí škály CMRS. Oblast okolností vstupu do léčby je stále významně charakterizována aktivitou matky, přestože se klient přesunul do fáze kontemplace, svou závislost nahlídnul a potřebnost léčby začal zvažovat. Jeho motivace tedy také významně stoupla, stejně jako připravenost k léčbě. Oblast vhodnosti vnímám v této fázi stále jako adekvátní.

3.7.3 Třetí čtvrtina terapeutické spolupráce – březen–duben 2017

Začátkem třetí čtvrtiny Pavlova docházení do adiktologické ambulance pro děti a dorost bylo potřeba opět rekontraktovat pravidla terapeutické aliance. Ty jsme opět vyjednali společně tak, aby pro něj bylo docházení do ambulance přijatelné a postupně se mohlo přikročit k fázi doléčování, bez předčasného ukončení léčby.

Tabulka 2. Rekontraktované podmínky terapeutické aliance

Nově rekontraktované podmínky terapeutické aliance:
Rozvolnění docházení na 1x za 2 týdny
Nechodit pod vlivem
Zodpovědná domluva a dospělá spolupráce
Otevřená komunikace ohledně užívání marihuany a alkoholu
Docházení do motivační skupiny 1x týdně

Hlavním tématem, které se v této části terapeutické spolupráce objevovalo bylo téma identity a téma obyčejného každodenního života. Pavel často přinášel téma – „takový život mě nebaví“.

Jak již bylo zmíněno v předchozí části, Pavel dorazil na motivační skupinu ještě před 18. narozeninami. Na skupině začal veřejně vyjadřovat, že je rozhodnutý začít v dospělosti postupně opět užívat marihuanu. Účastníci skupiny se Pavla snažili přesvědčit k abstinenci a podpořit jej v životním stylu, který si nastavil. Klient se však na motivační skupině necítil pohodlně, a protože rozhodnutí k abstinenci neměl, došlo k tomu, že po 2 návštěvách na skupinu již nadále nedocházel. V této části terapeutické aliance oslavil klient 18 let. Dle zmíněných výpovědí a přes diskutovanou fázi rozhodování a využití terapeutických technik prevence relapsu, Pavel zrelaboval a došlo k opětovnému užití marihuany, ve kterém klient nadále pokračoval. Toto téma Pavel přinášel na sezení a otevřeně o něm mluvil.

Dle cyklického modelu změny se klient v první části této terapeutické spolupráce nacházel ve fázi rozhodování, která pokračovala několik dní po jeho 18 narozeninách. V té době se nadále rozhodoval, zda se k opětovnému užívání marihuany navrátí. Klient se nakonec posunul do fáze relapsu. Dle hodnocení pomocí škály CMRS můžeme říct, že v této fázi terapeutické spolupráce definujeme oblast okolností vstupu do léčby, jako klientovo vlastní rozhodnutí. Pozorujeme u něj významnou vnitřní motivaci a touhu po změně životního stylu. Bohužel připravenost k léčbě nebyla u klienta natolik vysoká, proto došlo v 18 letech k opětovnému relapsu. Vhodnost léčby v dětské a dorostové adiktologické ambulanci vnímám jako adekvátní. Na základě konzultací s klientem došlo několikrát k rekontraktování a k upravení podmínek léčebného programu.

3.7.4 Čtvrtá čtvrtina terapeutické spolupráce – květen–současnost

Vzhledem k nevhodné indikaci do motivační skupiny, jsme se ve spolupráci s Pavlem rozhodli přistoupit k fázi doléčování, která je založená jak na individuální terapeutické práci s klientem, tak na

doplňující párové terapii. Párová terapie s Pavlem a jeho přítelkyní Janou již proběhla ve třetí fázi terapeutické spolupráce, kdy hlavním tématem bylo klientovo přání opětovného užívání marihuany. Během tohoto sezení se podařilo navázat aktivní spolupráci s klientovou přítelkyní a díky příznivé atmosféře bylo možné otevřeně mluvit o veškerých obavách a přáních. Jana se vůči Pavlovi nachází v závislostním vztahu a během sezení často vyjadřovala strach. Ten souvisí především s Pavlovým opětovným užíváním marihuany. Přítelkyně na sezení oceňovala klientův pozitivní vývoj v léčbě a jeho změnu myšlení a chování v abstinenci. Zároveň s obavou vzpomínala na dobu, kdy Pavel denně kouřil velké dávky marihuany, marihuanu distribuoval a byl v kontaktu se spoustou dalších holek, kdy proběhla i nějaká nevěra. Jana toto téma přináší i nadále během dalších sezení ve čtvrté čtvrtině terapeutické spolupráce. V současné době Jana bydlí společně s Pavlem v domě jeho matky a většinu volného času tráví společně. V souvislosti s obavami Jany, které s Pavlovým užíváním souvisí, otevíral Pavel téma křivdy vůči zákazu kouření marihuany. Pavel vnímá kouření marihuany jako svůj velký koníček a zajímá se také o pěstování a kulturu konopí. Ze strany Jany i ze strany matky cítí nátlak na to, aby se svého koníčku vzdal, přestože je to jediná věc, která jej baví.

Během této části terapeutické spolupráce jsme pokračovali v tématu zpracování emocí, kdy byla u klienta viditelná změna ve schopnosti komunikovat a ovládat své emoce. Sám přiznává, že pozoruje změnu a je spokojený. Hlavním tématem současné terapeutické aliance je užívání marihuany, které je v současné době součástí klientova životního stylu. V terapeutické spolupráci jsou viditelné změny v Pavlově myšlení ve vztahu k užívání.

Dalo by se říci, že dle cyklického modelu změny se Pavel vrátil do stádia kontemplanace. Svůj vztah k marihuaně nahlíží. V současné době se pravidelného užívání nechce vzdát, současně nahlíží pro a proti ve svém vztahu k návykové látce.

Tabulka 3. Klientem definovaná pravidla pro užívání marihuany

Klientem definovaná pravidla pro užívání marihuany:
Nekouřit před školou a před prací
Nekouřit během praxí
Nekouřit během dne
Nekouřit, když je matka doma
Kouřit maximálně 3x týdně

Během této části došlo k opětovnému rekontraktování a cílem terapeutické aliance je v současné době zviditelňovat důsledky klientových rozhodnutí a reflektovat, co mu užívání přináší. Škála CMRS umožňuje i v této fázi adekvátní zhodnocení percepce vztahů k léčbě. Oblast okolností vstupu do léčby stále definujeme jako klientovo vlastní rozhodnutí. Přestože motivace ke změně životního stylu klesla, náhled na důsledky užívání návykových látek u klienta stále pozorujeme. Přípravenost k léčbě postavené na důsledné a trvalé abstinenci je v současné době velmi nízká. Léčebný program adiktologické ambulance je dle komplexního zhodnocení pro klienta stále vhodný.

3.8 Hlavní témata v terapii a jejich vývoj v průběhu práce s klientem

V této části prezentuji hlavní témata, která se v terapii s klientem vyskytovala. Tato témata jsou výsledkem mé terapeutické interpretace a vydefinovala jsem je s ohledem na frekvenci jejich výskytu v individuální i skupinové terapii a intenzitu jejich prožívání ze strany klienta. V jednotlivých kategoriích nastiňuji jejich časový vývoj v průběhu adiktologické práce.

3.8.1 Agresivita

Hlavním důvodem Pavlova agresivního jednání bylo zpracování emocí a tomuto tématu jsme se věnovali především ve druhé čtvrtině naší spolupráce. Hlavním zdrojem pocitu naštvaní byly pro klienta interakce s matkou. Přiznával, že by od ní potřeboval větší důvěru, především při plnění úkolů a požadavků, které mu matka zadá a pak jej nadále opravuje, kontroluje a někdy si dokonce celou práci po Pavlovi předělá sama. Jeho naštvaní z matčiny nedůvěry pak vedlo k agresivnímu chování, kdy měl klient tendence se prát nebo ničit věci. Z počátku naší spolupráce Pavel přiznával, že se pere docela často. Nikdy však nebije mladší a menší a fyzický projev násilí je pro něj mimo jiné také zdrojem získání respektu a moci. V druhé čtvrtině naší terapeutické spolupráce již byl vidět posun v klientově vnímání vlastní agresivity. Během terapeutického sezení v lednu přiznal, že když se naštve, snaží se být u sebe, nereagovat impulzivně a nechá si situaci projít hlavou. Během třetí a čtvrté čtvrtiny terapeutické spolupráce byl viditelný posun a změny v agresivním chování klienta, který sám deklaroval, že již několik měsíců se nepral.

3.8.2 Vztah s matkou

Vztah s matkou, který byl, jak již bylo zmíněno, jedním z hlavních témat v terapii, se během spolupráce dynamicky proměňoval. Jedním ze zásadních faktorů změny, byla aktivní spolupráce matky. Ta již od počátku pravidelně dochází do ambulance jak na individuální sezení, tak do skupinové terapie. Nedůvěra matky vůči klientovým schopnostem, kterou klient často přinášel jako své téma, se tak mohla postupně zvyšovat. Matka začala pracovat na přijetí Pavla jako dospělé osoby a postupně mu předávala více kompetencí. Jedním z témat, které zde můžu uvést jako příklad jsou svačiny do školy. Matka měla tendence nadále Pavlovi připravovat svačiny do školy, zatímco on si je rád chystal sám, případně si je kupoval. Přestože se taková věc může zdát jako banalita, bylo potřeba

o tomto tématu na sezeních mluvit. Významnou roli v těchto postupech hrálo pravidlo terapeutické spolupráce, kdy terapeut zachovává s klientem naprostou důvěru, přestože v rámci terapeutického týmu si informace předáváme. Terapeutka, která pracuje s Pavlovou matkou, pak může na určitá témata jednodušeji navázat. Postupně se důvěra ve vztahu matka – syn začala upevňovat a Pavel začal přinášet situace, kdy jej matka ocenila a pochválila, například za stříhání psa a jiné práce v domácnosti a na domě.

Jako hlavní bod zlomu ve vztahu s matkou, Pavel opakovaně zmiňoval pobyt v ústavním zařízení. Právě v tomto období vznikla již zmiňovaná křivda a dle klientovy výpovědi tím matka „všechno zničila“. Během sezení pak zazněli věty jako „všichni mě hází do jednoho pytle s bratrem“, „můžu za to, že bratr fetuje“ a jiné.

3.8.3 Život v budoucnosti

Tématu životu v budoucnosti, tedy v dospělosti, jsme se věnovali ve druhé čtvrtině naší spolupráce. Pavel již od počátku nástupu do adiktologické ambulance deklaroval, že ve svých 18 letech začne opět pravidelně kouřit marihuanu a věnovat se pěstování jako svému dlouhodobému koníčku. Protože matka si již pro svou domácnost nastavila pravidlo, kdy v domě nechce žít s osobami užívající návykové látky, obnášelo by rozhodnutí k opětovnému užívání také odstěhování se z domu matky. V tomto tématu bylo potřeba také přistoupit jako k vážnému a postupně jsme se tedy začali bavit o plánu dospělého života. Z rozhovorů bylo zjevné, že Pavel nemá o samostatném životě větší představu. Téma jej však zajímalo a chtěl se dozvědět víc. V tématu samostatného bydlení jsme se pak v průběhu terapeutické spolupráce posouvali do diskuze o jednotlivých oblastech, které je potřeba k osamostatnění zajistit. Z počátku klient hodně tlačil na to, aby se matka o jeho plánu v žádném případě nedozvěděla. Deklaroval, že se v 18 nechá matkou z domu vyhodit, aby byla „za tu špatnou ona, protože teď jsem pořád ten špatný já“. Bylo potřeba klienta neustále zastavovat a postupně jeho chování neustále zviditelňovat.

Pro vhodnější ilustraci takové práce s Pavlem uvádím tabulku zpřehledňující významná podtémata spadající do diskuze o samostatném bydlení. Tabulka zpřehledňuje na levé straně jednotlivá podtémata a na pravé straně pak odpovídající rozhodnutí klienta a relevantní kroky potřebné k uskutečnění žádaného rozhodnutí.

Tabulka 4. Ilustrace poradenské činnosti v tématu samostatného bydlení

Škola	Rozhodnutí dodělat výuční list
	Nepřerušit z důvodu pozdějších poplatků za studium
	Nemít vysoké množství zameškaných hodin, které by ohrozilo možnost získání stipendia za docházku
	Praxe – již vyjednáno k dokončení 2. ročníku, je potřeba domluvit praxe na 3. ročník
Bydlení	Rozhodnutí bydlet sám – ideálně v bytě na Kladně, v ubytovně ne
	Možnost bydlet v garsonkách zprostředkovaných školou
	Případně sdílené bydlení – s přítelkyní ne, s bráchou také ne, možná s kamarádem – je potřeba se ho zeptat
Finance (příjem)	Brigáda: 8000 Kč/měs.
	Praxe: 400 Kč/měs.
	Alimenty: 1000 Kč/měs
	Celkový příjem 10000 Kč/měs.
Finance (potřeba)	Bydlení v garsonce zprostředkované školou: 4000 Kč/měs.
	Jídlo: 3000 Kč/měs.
	Oblečení, kosmetika, potřeby do domácnosti, MHD, telefon atd.: 2000 Kč/měs.
	Volnočasové aktivity, cigarety, posezení s přáteli atd.: 1000 Kč/měs.
-Útrata za návykové látky	Cigarety: 100 Kč/ denně, celkem 36 500 Kč/ ročně
	Marihuana: 300 Kč/ denně, celkem 109 500 Kč/ ročně
	Alkohol: asi 350 Kč/ měsíčně
	Celková útrata za návykové látky asi 150 000 Kč/ ročně

Rozhodnutí spočítat společně s klientem finanční částku, kterou ročně utratí za návykové látky v souvislosti s jeho finančními potřebami na samostatné bydlení, mělo v terapeutické spolupráci své místo. Tento krok umožnil zviditelnit klientovi některé důsledky užívání návykových látek a rozhodnutí, které s užíváním souvisejí. Téma dospělého života v 18 letech přinášel Pavel také na skupinu, kde bohužel potřebné informace nezískal. Jako jeden z nejstarších klientů se ve skupině nenacházel nikdo, kdo by řešil stejnou životní situaci, snažili jsme se tedy společně s kolegou nahradit roli starších klientů a zprostředkovat naše osobní zkušenosti. Koncem druhé čtvrtiny terapeutické spolupráce a po několika zrealizovaných rodinných setkáních se Pavel rozhodnul změnit svůj postoj v situaci samostatného bydlení a zůstat nadále bydlet v domě své matky, která tuto možnost soustavně nabízela, zároveň však deklarovala svá pravidla pro domácnost, která zakazovala kouření marihuany. Klient však během individuálních setkání nadále deklaroval, že marihuanu bude užívat dál

a tajně tak, aby zároveň „neporušoval“ matčina pravidla. Bylo potřeba mu tento „zneužívající mechanismus“ nadále zviditelňovat.

3.8.4 Identita

Téma identity se v terapii začalo objevovat během druhé a třetí čtvrtiny naší terapeutické spolupráce. Pavel v té době přinesl otázku: „Proč být dobrý člověkem? Co z toho?“ Přičemž mluvil o tom, že od svého okolí dostává intenzivní zpětnou vazbu, že je „úplně jinej člověk“. Bylo potřeba pokračovat v pravidelném oceňování a vyzdvihování oblastí, ve kterých je Pavel dobrý, co mu jde a čeho si na sobě váží. Zatímco rodina a nejbližší osoby Pavlův vývoj postupně oceňovali, přátelé a známí z vesnice o něm začali vyprávět, že je „feťák“. Téma minulosti je i v současnosti citlivým tématem, kterému je potřeba se nadále věnovat. Klientova identita vycházela od jeho 13 let z užívání návykových látek. Ve společnosti svých vrstevníků byl známý jako „borec“, který má největší „výdrž“ a od ostatních si tak získával respekt. Mimo jiné byl tím, kdo přisun marihuany zprostředkoval. Během nařízené abstinence již tolik času s těmito kamarády netrávil, a přestože některé vztahy udržel, většinou se vyskytuje v menší skupině přátel a přiznává, že jej tyto vztahy již tolik nenaplňují a postupem času se od nich vzdaluje. Zároveň neměl možnost navázat jiné přátelské vztahy. Tento fakt také úzce souvisí s efektivním trávením volného času a s nudou jako s rizikovým faktorem, který může klienta ohrozit ve vztahu k opětovným způsobům užívání marihuany jako v minulosti. V tomto ohledu velmi dobře fungovaly socioterapeutické a rozvojové aktivity, které Pavla bavily a považoval je za smysluplné trávení volného času.

3.8.5 Užívání marihuany

Téma kouření marihuany bylo často zastavováno jako něco, o čem se Pavel nechce bavit. A otevřené komunikaci v tomto směru jsme se postupně věnovali až ve třetí a čtvrté čtvrtině naší terapeutické spolupráce. Tento fakt považuji za významný bod adiktologické práce s dětským a adolescentním klientem. Samotné téma užívání návykových látek stojí v terapii s takovým klientem v pozadí jiných osobních, rodinných, vztahových a intrapersonálních témat. Postupně se však během sezení otevírala témata jako jsou chutě během abstinence, společnost přátel, kteří návykové látky užívají, přínosy a ztráty související s užíváním a výhody trvalé abstinence. V průběhu terapeutické spolupráce můžeme jasně pozorovat změnu myšlení ve vztahu k užívání, která souvisí také s větší pokorou k tématu závislosti a s respektem vůči užívání. Pavel sám přiznává, že v současné době kouří tam, kde jej nemůže nikdo vidět a stejně tak vnímá množství vykouřené marihuany. Ve čtvrté fázi terapeutické spolupráce, v tzv. fázi doléčování, pozorujeme naprosto jiný vývoj u adolescentního klienta, než jaký známe u dospělých. Klient se vrací k užívání návykové látky formou kontrolovaného kouření, zatímco v terapii nadále pracuje na jiných tématech. Z teorie víme, že u dětských a adolescentních klientů, jsou tyto témata spíše důvodem k užívání než jeho důsledkem, jako u dospělých klientů. V terapii se

předpokládá, že s postupnou prací na těchto tématech klient eliminuje důvody k užívání.

3.8.6 Vztah s bratrem

Pavův vztah s Tomášem se během terapeutické spolupráce začal významně proměňovat, především v období, kdy začal Pavel zažívat rodinné situace, během kterých byl v minulosti pod vlivem marihuany, s čistou hlavou. Zatímco Tomáš nadále docházel ve stejném stavu jako v minulosti. Mezi takové situace patřily například oslavy a Vánoce. Pavel si postupem času začal uvědomovat, že mu životní styl Tomáše začíná vadit. Dokonce jej začal titulovat jako „feťáka“ a začal vyjadřovat obavy o to, že se nikdy nezmění. Přítelkyně, ke které se Tomáš postupně přestěhoval sama kouří marihuanu, pije alkohol a příležitostně užívá i jiné návykové látky. Na rodinných setkáních a výletech, byl Pavel konfrontován s jejich užíváním a do popředí vstupovala křivda. Ta se rozcházela do několika oblastí. Jedna část se týkala toho, proč nemůže Pavel ve svých 18 letech žít stejně jako jeho bratr, když mu bylo 18 nebo tak, jak žije Tomáš nyní. Další část křivdy se týkala matky, která Tomáše neumístila do ústavního zařízení, a přestože stanovila jasné hranice ohledně bydlení v jejím domě, jeho životní styl nadále toleruje.

3.8.7 Nakládání s volným časem

Hlavním tématem, které se v třetí čtvrtině terapeutické spolupráce začalo objevovat a které úzce souvisí s klientovou abstinencí, je nuda a využití volného času. Během docházení do adiktologické ambulance jsem mohla pozorovat, klientův postupný odklon od společnosti a aktivit, kterým se v minulosti věnoval. Společně s abstinencí od marihuany přestal Pavel s přáteli nacházet společná témata a také vnímání situací ve kterých se vyskytoval, se s „čistou hlavou“ proměnilo. Hlavní aktivitou, které Pavel začal věnovat svůj volný čas se stalo docházení na brigádu. Začal pracovat na farmě nedaleko svého bydliště a na brigádu dojíždí v podstatě denně, po škole a tráví v práci i víkendy. V práci našel Pavel uplatnění svého potenciálu, byl tam potřebný a zároveň dostával potřebné ocenění. Druhou přijatelnou náplní volného času představuje pro Pavla také čas strávený s jeho přítelkyní Janou, se kterou však tráví veškerý volný čas, který neinvestuje do brigády. Vhodnou alternativou byly také již zmíněné socioterapeutické aktivity.

3.9 Vybrané techniky použité v terapeutické práci s klientem

V této kapitole prezentuji dvě vybrané terapeutické techniky použité v práci s klientem. Tyto techniky jsou ilustrovány tak, jak byly vypracovány během individuálních sezení s klientem této případové studie.

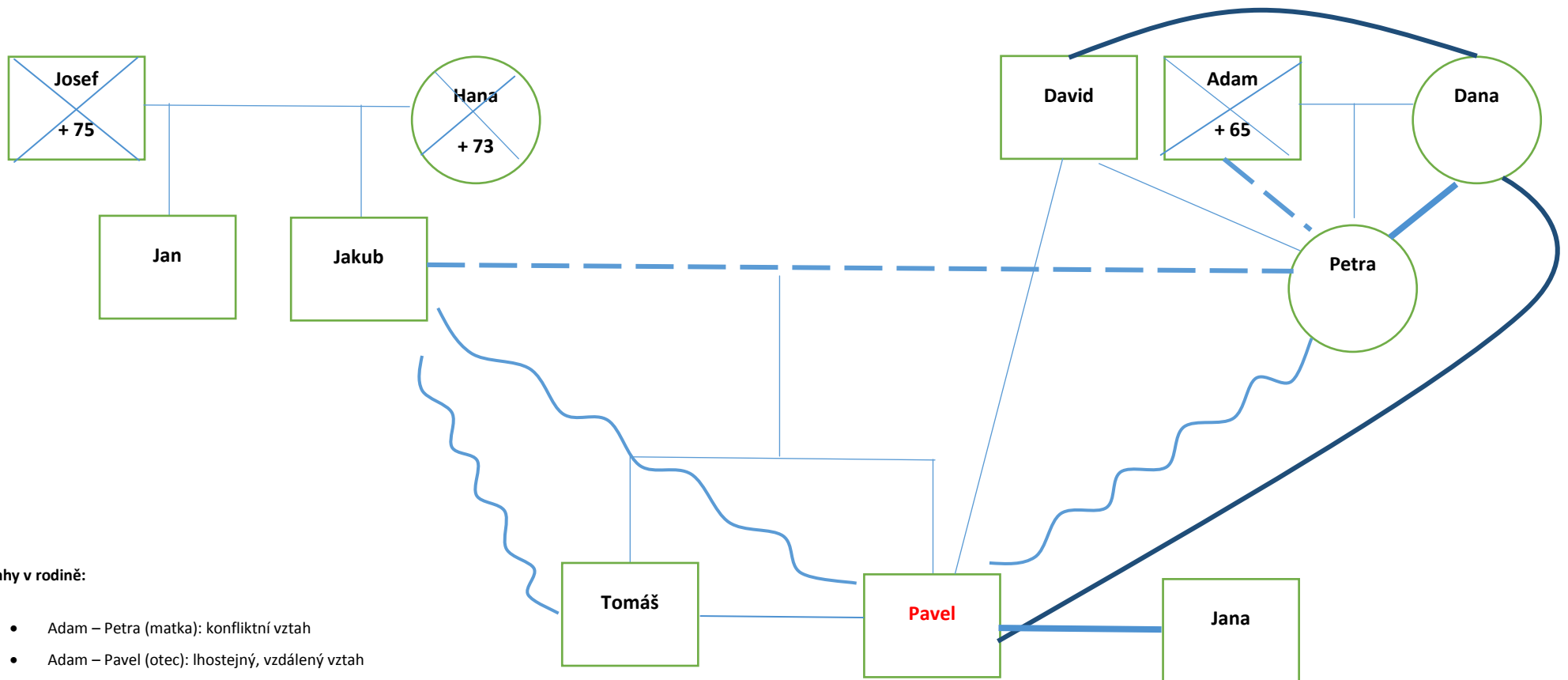
3.9.1 Genogram rodiny

Technika sestavení rodinného genogramu zprostředkovává analýzu rodinného systému a chronologii rodinného života. Vypracování tohoto přehledu umožňuje zaměřit se na role v rodinném systému

a charakter jednotlivých vztahů. Terapeut vstupuje do terapeutické aliance s minimální znalostí rodiny, většinou se soustředí na zakázku zprostředkovanou klientem. Využitím této techniky získává terapeut náhled a poskytuje rodině rodinnému systému novou perspektivu (Radimecký, 2012).

Třígenerační mapa, která byla využita v této kazuistické práci, zahrnuje děti, rodiče a prarodiče a byla sestavena ve spolupráci s klientem.

RODINNÝ GENOGRAM



Vztahy v rodině:

- Adam – Petra (matka): konfliktní vztah
- Adam – Pavel (otec): lhostejný, vzdálený vztah
- Adam – Tomáš (sourozenci): normální vztah, vstupuje do něj křivda ze vztahu Adam – Petra
- Adam – Jana (přítelkyně): emočně závislý vztah
- Adam – Dana (babička): emočně závislý vztah, bez hranic
- Petra – Pavel: narušený, nefunkční vztah
- Petra – Dana: emočně závislý vztah
- Petra – Adam (její otec): narušený vztah, konfliktní
- Dana – David: emočně závislý vztah

3.9.2 Formulář rovnováhy a rozhodování

Technika vypracování formuláře rovnováhy a rozhodování se využívá v přístupu motivačních rozhovorů. V této technice si klient volí osobní, aktuální téma, ve kterém se v současné době rozhoduje. Postupně pak dle tabulky vpisuje do odpovídajících rámečků. Následně klient jednotlivá témata bodově ohodnotí na škále od 1–10, kde 1 má nejnižší váhu a 10 nejvyšší. V dalším kroku by mělo dojít k sečtení jednotlivých sloupců. Výsledné číslo by mělo klientovi umožnit porovnat váhu jednotlivých oblastí, která v jeho rozhodování hrají významnou roli.

Pro ilustraci uvádím vypracovaný formulář použitý v terapeutické práci s Pavlem. Zvoleným tématem bylo rozhodování mezi užíváním marihuany a abstinencí.

Obrázek 1. *Technika formuláře rovnováhy a rozhodování*

Formulář rovnováhy a rozhodování			
Budu pokračovat v současném chování, stav se nezmění Užívání marihuany		Dojde ke změně chování či situace Abstinence od marihuany	
Co získávám	Čím za to platím	Co získám	Co ztratím, čím zaplatím
<ul style="list-style-type: none">• Zhulenou hlavu (5)• Odreagování, relaxace, uvolnění (8)• Kontakt s přáteli (8)• Koníček (7)	<ul style="list-style-type: none">• Vztah s matkou (4)• Vztah s přítelkyní (8)• Práce (10)• Řidičský průkaz (9)• Finance (8)	<ul style="list-style-type: none">• Čistou hlavu (5)• Uznání terapeutů (9)• Důvěru blízkých osob (8)• Dobrou práci (9)	<ul style="list-style-type: none">• Kamarády (7)• Relaxaci, Zábavu (9)• Koníček (6)
Celkově 28 bodů	Celkově 39 bodů	Celkově 31 bodů	Celkově 22 bodů

Upraveno dle Soukupa (2014)

V této tabulce můžeme pozorovat, že Pavel dosáhl nejvyššího skóre v oblasti, která mu zprostředkovala náhled na aspekty, kterými za užívání marihuany platí. Druhé nejvyšší skóre měla oblast s pojmy, které představují to, co klient získá v případě abstinence. Využití této techniky umožnilo klientovi zviditelnit důsledky užívání návykové látky a souvisejícího chování.

4 Závěrečná doporučení pro adiktologickou práci s dětskými a adolescentními klienty

V této kapitole prezentuji navržené postupy práce pro adiktology a další profesionály z oboru dětské a dorostové adiktologie. Následující oblasti a úskalí práce s vybranou klientelou jsem definovala na základě vypracované kazuistické práce, proto mají své významné místo v této části práce. Prezentovaná specifika péče o vybranou klientelu jsem podložila citovanou literaturou a doplnila o osobní profesní zkušenosti z ambulance dětské a dorostové adiktologie.

4.1 Individuální přístup

Dětská a dorostová adiktologická péče je novým a neprobádaným přístupem. Témata, která tito klienti přinášejí a jejich neuchopitelnost v systému léčby souvisí s neschopností terapeutů odhadnout výsledky léčby a prognózu. Rodinné systémy, které do dětské a dorostové adiktologické ambulance přicházejí se od sebe vzájemně liší a přinášejí nová témata. Pracovníci zařízení by měli být schopni přizpůsobit poskytované služby individuálním potřebám klientů a měli by být schopni na ně adekvátně reagovat. Tento přístup by měl podpořit spolupráci klientů na jejich léčbě a měl by mít pozitivní vliv na jejich udržitelnost v terapii právě skrze identifikaci potřeb klientů a v jejich podpoře a rozvoji. Cílem je zprostředkovat léčebný přístup tak, aby byli adolescentní klienti schopni z něj profitovat a úspěšně jej absolvovat.

Přístup recovery v léčbě závislostí je přístupem, který by měl představovat podporu pozitivních faktorů. Jedná se o osobní a jedinečný proces, který zahrnuje vlastní postoje, hodnoty, cíle a pocity. Recovery představuje možnost klientů vést život, který je pro ně plnohodnotný, dodává jim naději a ve kterém se klienti cítí potřební pro druhé i s omezeními, které jejich nemoc přináší (Anthony et al., 1993). Terapeutická práce se tak často soustředí na jiná témata, než je trvalá a důsledná abstinence. Recovery přístup se zaměřuje na rozvoj oblastí, které jsou v pořádku místo zaměřování se na problém, diagnózu nebo příznaky nemoci. Tento přístup se soustředí na pozitivní faktory a změny a pomáhá klientovi odhalit potenciál jak z vnitřních zdrojů, tak ze svého okolí, z rodiny, komunity a blízkých (Harding et al., 1987).

4.2 Komunikace v terapeutickém týmu služby

Komunikace v terapeutickém týmu mezi jednotlivými terapeuty a pracovníky je naprosto stěžejní částí efektivní práce s rodinným systémem dětského a adolescentního klienta. V této části práce vycházím zásadně ze zkušeností z práce v dětské a dorostové adiktologické ambulanci. Zařízení sociální intervence v Kladně. V individuální terapii jsou v této službě rodiče a dítě odděleni, zatímco terapii, společně se pak setkávají na rodinných setkáních, které probíhají dle potřeby a úsudku terapeutů. Individuální terapie jednotlivých složek rodinného systému probíhá ve spolupráci

s různými terapeuty, s rodiči tedy spolupracuje jeden/jedna terapeut/ka s dětským klientem jiný/jiná. Komunikace mezi jednotlivými terapeuty je pro přizpůsobení poskytované služby individuálním potřebám klienta stěžejní a je také určitým odrazovým můstkem pro společná rodinná setkání, která probíhají společně s oběma terapeuty/terapeutkami. Nutná je rovněž komunikace mezi terapeuty a terapeutkami, kteří s klienty pracují individuálně a mezi těmi, kteří vedou terapeutickou skupinu v případě, že se nejedná o stejné pracovníky. Další úrovní multidisciplinárního týmu jsou socioterapeuti, jejichž zpětná vazba zbylé části týmu by měla následovat po uskutečnění rozvojových aktivit. Stejně tak je důležitá komunikace mezi jednotlivými terapeuty a lékařem psychiatrem, který zprostředkovává vstupní vyšetření všem dětským klientům a v případě zprostředkování psychiatrické medikace si klienty ponechává v péči.

4.3 Spolupráce s dalšími složkami podílející se na péči o dětského a adolescentního klienta

Adiktologická péče o dětského a adolescentního klienta by měla být komplexní a měla by zahrnovat spolupráci i dalších složek než jen samotné adiktologické ambulance a rodinného systému. Dalšími složkami, které do péče vstupují, jsou také škola a orgán sociálně právní ochrany dětí. Komunikace všech těchto složek by měla být kontinuální a měla by být výchozím bodem pro adekvátní matching v poskytované službě vzhledem k individuálním potřebám klienta. Prostorem pro setkání vybraných složek systému péče o dětského a adolescentního klienta jsou také výchovné komise, kterých se případně může účastnit také další složka, a to osoba reprezentující určité ústavní zařízení.

4.4 Terapeutický vztah

Terapeutický vztah je dle Prochasky a Norcrossse považován za nositele změny v psychoterapii (Prochaska & Norcross, 1999). Tento vztah představuje intra i interpersonální spojení mezi klientem a terapeutem a je výchozím bodem pro terapeutický rozhovor, který klientovi zprostředkovává přijetí, pochopení, porozumění, podporu a zpětnou vazbu. Klient postupně poznává, že bezpečí, které zažívá v prostředí vztahu s terapeutem, je možné aplikovat i za jeho hranice, na své okolí a vnější svět. Terapeutická role by měla navázání, kontinuitu a ukončení terapeutického vztahu zprostředkovat (Kalina, 2013).

Terapeutický vztah mezi dětským nebo adolescentním klientem a terapeutem obsahuje jistá specifika, která práci s touto cílovou skupinou charakterizují. Jedná se především o přijetí adolescenta jinak, než jak klient zažívá od svých rodičů, tedy s veškerými svými rozhodnutími. Terapeut musí dětského a adolescentního klienta respektovat jako plnohodnotného jedince, který si volí životní styl nezávisle na svých rodičích a který dokáže domyslet důsledky svých rozhodnutí. Součástí fungujícího terapeutického vztahu je používání vhodného jazyka, kterému adolescentní klient rozumí. Terapeut by se měl vyvarovat používání odborných termínů a označení. Pracovník služby by měl být zároveň

nakloněný rozhovoru o tématech, která klienta v tomto životním období zajímají, a ideálně by o těchto tématech měl mít do určité míry přehled.

4.5 Závislostní chování jako vedlejší téma v terapii

Závislostní chování je u dětí a adolescentů většinou důsledkem jiných závažných situací jako je rozpad rodiny, výchovné problémy, záškoláctví, špatné školní výsledky, duševní potíže, sebepoškozování a potíže s nedostatečným bydlením. Tyto faktory jsou tedy spíše důsledkem těchto nepříznivých potíží než jejich příčinou (Gilvarry et al., 2012).

Jak již bylo zmíněno v kapitole užívání marihuany, kdy byl tento fenomén vykreslen na kazuistice konkrétního klienta, stojí závislostní chování v pozadí jiných témat, která se pro dětské a adolescentní klienty zdají být mnohem aktuálnější. Klient tedy po určitou dobu pracuje v terapii na jiných tématech a mapuje, co závislostní chování klientovi přináší a snaží se mapovat zdroje k naplnění těchto potřeb jinými způsoby. V terapii se předpokládá, že s postupnou prací na těchto tématech klient eliminuje důvody k užívání.

4.6 Skupinová terapie

Skupinová terapie je významným postupem práce v léčbě závislostí a skrze ni klient získává náhled na svou situaci a je schopen činit rozhodnutí k realizaci jednotlivých kroků pro žádoucí změnu životního stylu (Popov, 2003). Dle Kaliny (2013) využívá skupinová terapie konfrontací a emoční podpory a díky skupinové práci snižuje terapeut možnosti klienta navázat se na něj způsobem, který může představovat závislost (Kalina, 2013).

Z dosavadních zkušeností práce v dětské a dorostové adiktologické ambulanci Zařízení sociální intervence v Kladně vyplývají pozitivní přínosy skupinové terapie s dětskými a adolescentními klienty. Zároveň je potřeba indikovat klienty do skupiny na základě individuálního párování potřeb a intervencí. Indikace by se měla odvíjet od typu závislostního chování. Zkušenosti z ambulance ukázaly určitou kohezi v tématech a komunikačních dovednostech, které přinášejí klienti užívající návykové látky a zároveň jiná společná témata a přístup klientů potýkající se s tzv. nelátkovými závislostmi. Ve zmiňované službě se tedy pracovníci skupinové terapie postupem času rozhodli tyto dvě cílové skupiny v terapeutické práci od sebe oddělit.

4.7 Socioterapie a rozvojové aktivity

Rozvojová terapie představuje přístup založený na vyšší schopnosti paměti vstřebávat informace spojené s intenzivním prožitkem a rozšiřováním komfortní zóny účastníka. Zážitek představuje prostředek k ovlivňování chování klienta. Prostředkem pro přiblížení zážitku na bezpečné úrovni klientovi je zážitkový pedagog, terapeut.

Metoda učení skrze zážitek je založená na tom, že každý jedinec dosahuje poznání skrze to, co prožívá, a především následně reflektuje, důraz na vlastní proces prožívání, dělání, nikoliv na cíl jako takový. V procesu řešení zátěžové situace jedinec překonává nejistotu ve vlastní schopnosti, poznává se v nestandardních životních situacích, intenzivně vnímá kontakt s přírodou a s ostatními při spolupráci na překonávání problému. Jedná se o intenzivní učení prostřednictvím prožitku, místo pouhého shromažďování informací. Paměť každého jedince pracuje s tím, co má spojeno s emocionálním prožitkem. Klient se učí z důsledků vlastního jednání, hledání netradičních řešení a společné překonávání úkolů a výzev. Předností je také vytváření neformálních vztahů.

4.8 Pravidelná a důsledná supervize

Supervize v terapeutické práci je aktivita, při které je pracovník veden a podporován, s cílem zlepšení kvality poskytované péče a zprostředkování profesního a odborného růstu. Konkrétní podoba supervize je definovaná na základě smlouvy a kontraktu mezi zaměstnavatelem, zadavatelem supervize, pracovníky a supervizorem a odvíjí se od celkového jak společenského, tak odborného kontextu. Hlavní podstatou supervize je vytvoření prostoru vhodného pro sdílení postupů a zkušeností z pracovních činností, a prostoru vhodného pro učení a profesní růst, v bezpečném supervizním vztahu (Broža, 2015).

5 Diskuze a závěr

Kazuistická studie konkrétního klienta umožňuje nahlédnout volbu adekvátních postupů adiktologické péče a vhodné párování potřeb a intervencí. Na základě zhodnocení stavu klienta skrze případovou práci jsme vedeni k zamyšlení nad jednotlivými principy, na kterých léčba stojí. Systém péče hraje v životě klienta významnou roli s cílem adekvátně odpovědět na potřeby klienta a efektivně přizpůsobit léčebné postupy. Dětská a dorostová adiktologická péče je nově etablovaným typem služby v oblasti léčby závislostí. Specializovaná adiktologická péče pro tuto cílovou skupinu existuje velmi sporadicky a můžeme pozorovat neuchopitelnost dětských a adolescentních klientů v systému péče. Tato kazuistická studie zprostředkovává specifika adiktologické a terapeutické práce s touto klientelou a odlišný progres závislostního chování u dětí a adolescentů, ve srovnání s dospělými. Práce zároveň zprostředkovává témata, která tito klienti přinášejí, přičemž je ilustruje na případové studii konkrétního klienta. U dětských a adolescentních klientů stojí závislostní chování, na rozdíl od dospělých, v pozadí jiných témat, která v terapii vyvstávají. Z tohoto důvodu je potřeba léčebný program přizpůsobit potřebám klientely, a samotný program by měl mít jinou podobu léčby, než služby zprostředkovávající pomoc dospělým. Vzhledem ke snaze o reformu psychiatrické péče a o směřování léčby z institucionální formy komunitní, je potřeba adiktologických ambulancí pro děti a dorost alarmující. Hlavními identifikovanými tématy v terapii byly rodinné vztahy, téma identity, život v budoucnosti, nakládání s volným časem a až v pozadí téma užívání návykových látek, zvláště marihuany. Práce zároveň umožnila náhled do konkrétních terapeutických a poradenských postupů v profesi adiktologa.

Adiktolog je plně vybavený profesionál, kompetentní k samostatné práci s klienty. Postupy jeho práce, schopnosti a postup při adiktologické diagnostice, které po absolvování studijního programu ovládá, byly v této práci nastíněny. Význam profesní role adiktologa je v systému péče o děti a dorost nezbytná, neboť užívání návykových látek je v této věkové kategorii běžně přítomnou formou rizikového chování. Adiktolog by měl být profesionálem, který rizikové chování dokáže včasné odhalit a zároveň s ním dokáže adekvátně pracovat na základě odpovídající diagnostiky a matchingu, společně s dalšími orgány, které jsou do péče o dítě zapojeny. V práci jsou na případové studii klienta zobrazeny adiktologické diagnostické postupy, postupy kontraktování, rekontraktování, techniky motivačních rozhovorů, krátké intervence, prevence relapsu. Dále je představena práce s genogramem rodiny a formulářem rovnováhy a rozhodování, postup při zvědomování rizik a technika prožitku důsledků vlastního rozhodnutí. Kazuistická studie představuje principy individuální, párové, rodinné a skupinové terapie z pohledu adiktologa a staví na fenoménech terapeutické aliance, důvěrného terapeutického vztahu a mlčenlivosti. Práce také představuje postupy komplexního klinického zhodnocení klienta s možným využitím cyklického modelu změny a škály

CMRS. Všechny výše diskutované postupy a techniky jsou prvky, které absolvent studijního oboru adiktologie ovládá.

V průběhu zpracování kazuistické studie vyvstala jistá omezení, která mohou mít vliv na výsledky a jejich další aplikaci. První limit se týká osoby tazatele. Práci jsem vypracovala prostřednictvím svého zaměstnání v ambulanci dětské a dorostové adiktologii ADA+ Zařízení sociální intervence Kladno. Došlo tedy ke střetům dvou rolí, a tedy mě jako zaměstnance a terapeuta a zároveň výzkumníka zpracovávající tuto případovou studii. Vybraný klient tedy nebyl jen informátorem, ale zároveň klientem zmíněného zařízení. Rozporem při vedení terapeutického rozhovoru mohlo být to, že některé věci respondent nechtěl zmiňovat, aby nebyly oznámeny dalším pracovníkům služby, přestože byla zachovávána mlčenlivost terapeutického kontraktu. Stejně tak mohl mít obavy, aby v bakalářské práci byla zachována anonymita, a proto mohl raději některé informace zamlčet. Naopak některá fakta mohl informátor přizpůsobit tak, aby v očích pracovníků stoupl.

Významným faktorem, který při zpracování bakalářské práce hrál roli, byly mé vlastní obavy a nejistota. Jako profesionál v oboru působím teprve rok a ambulance dětské a dorostové adiktologické ambulance je mým prvním pracovištěm. Mé obavy z provádění jak individuálních, tak skupinových terapeutických sezení, jsou tedy na místě. Přestože byla práce s klientem několikrát supervidovaná a pravidelně intervidovaná, má vlastní nezkušenost mohla způsobit, přeskočení spousty významných témat, případně mohla vést k jejich přeslechnutí nebo k nevěnování dostatečné pozornosti. Diskutovatelným aspektem terapeutické spolupráce je terapeutický vztah, který jsem s klientem navázala. Věkový rozdíl mezi námi představuje pouze 9 let, přičemž klient se v současné době dle Eriksona nachází ve vývojových stádiích charakterizovaných konfliktem mezi fenomény identity vs. nejistoty a zároveň intimity vs. izolace, což jsou stadia charakterizována pro následující stádium mladé dospělosti. Klient mě mohl vnímat jako určitý objekt zájmu, což je skutečnost, která mohla průběh terapeutické práce ovlivnit. Navázaný terapeutický vztah nese mimo jiné velké množství prvků přátelského vztahu. Přestože byl náš vztah neustále během sezení reflektován a diskutován, jedná se o nezanedbatelný limit výzkumu.

Přes diskutovatelné limity se jedná o unikátní případovou studii adolescentního klienta z pohledu roční terapeutické spolupráce v dětské a dorostové ambulanci, která zprostředkovává náhled do systému péče o tuto cílovou skupinu. Práce zároveň zdůrazňuje potřebu specializovaných adiktologických služeb pro děti a dorost a významné místo adiktologů jako plně vybavených profesionálů pro tuto práci. Cíle, které pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny, byly i přes diskutované limity naplněny. Ilustrované postupy zprostředkované na konkrétní případové studii, by měly sloužit jako inspirace odborníkům k dalšímu výzkumu, vzdělávání a k neustálému rozšiřování obzorů v oboru adiktologie.

6 Seznam použitých zdrojů

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Dvořáček, J. (2003). Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR.

Allotney, P., Reidpath, D., Yasin, S., Chan, C., de-Graf, A. (2011). *Rethinking health care systems: a focus on chronicity*. Lancet, 377.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Broža, J. In Kalina, K. et al (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Čtrnáctá, Š. (2013). Kdo je klient? Rodina, uživatel, nebo jeho blízcí? Různé terapeutické perspektivy. In Čtrnáctá, Š. [Ed.], *Rodina a drogy. Sborník odborné konference*. Praha: SANANIM.

Daňková, Š. (2016). *EHIS 2014 – Základní výsledky šetření*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Eaton, J., McCay, L., Semru, M., Chatterjee, S. (2011). *Scale up of services for mental health in low and middle income countries*. Lancet, 378.

Gilvarry, E. (1998). Psychiatric perspective. In Robertson, R. (ed.) *Management of Drug Users in the Community*. London: Arnold.

Gilvarry, E., McArdle, P., O'Herlihy, A., Mirza K., Bevington, D., Malcom, N. (2012). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy související s užíváním návykových látek*. Královská akademie všeobecných lékařů, Alcohol Concern, DrugScope, Královská akademie psychiatrů.

Harding, C. M., Zubin, J., Strauss, J. S. (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact? *Hospital and Community Psychiatry*, 38(5), 477-484.

Henderson, C., Dakof, G., Greenbaum, P., Liddle, H. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 78.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

Hendricks, V., van der Schee E., Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drugs and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 64-71.

Chomynová, P., Csémy, L., Mravčík, V. 2016. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno*, 14, 1-16.

Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR.

Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Kalman, M. et al. (2015). Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie HBSC uskutečněného v roce 2014. Retrieved July 5th 2017 from <http://hbcs.upol.cz/download/nar-zprava-v4-2014.pdf>

Kaminer, Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: Evidence-based practice in outpatient services. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 416–421

MacLeod, J., Oakes, R., Copello, A. et al. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*, 363, 1579–1588

McAdam, E., Mirza, K. A. H. (2009). Drugs, hopes and dreams: appreciative inquiry with marginalized young people using drugs and alcohol. *Journl of Family Therapy*: 31(2), 175–193

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. (2008). Praha: Bomton Agency. Retrieved July 5th 2017 from <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:b99b5460-d6ca-11e4-b880-005056825209>.

Miovský, M., Čáblova, L., Šťastná, L., Školníková, M., Miklíková, S. (2014). Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie*, 14(1).

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského. (n.d). *Dětské a dorostové detoxifikační centrum*. Retrieved July 7, 2017, from <http://www.nmskb.cz/oddeleni/detox/>

Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR.

Nešpor, K., Csémy, L. (2004). *Léčba a prevence závislostí – příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum.

Ombudsman, veřejný ochránce práv (2013). *Zpráva ze systematických návštěv dětských psychiatrických nemocnic 2013*.

Popov, P. (2003). *Alkohol*. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: Národní monitorovací středisko – Úřad vlády ČR.

Prochaska, J., Norcross, J. (1999). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. In Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Radimecký, J. (2006). *Zapojení blízkých osob uživatelů drog do procesu léčby: souvislost mezi rodinnými vztahy a ranou deprivací na užívání drog*. Retrieved June 22, 2017, from <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/294/Zapojeni-blizkych-osobuzivateleu-drog-do-procesu-lecby-souvislost-mez-rodinnymi-vztahy-a-ranou-deprivaci-na-uzivani-drog>

Radimecký, J. (2012). *Rodinná terapie*. [PowerPoint slides].

Sklenář, O. (2013). Zdravotní výkon adiktologa. *Adiktologie*, 2013(1), 76

Slovník sociálního zabezpečení. (n.d.). Retrieved July 7, 2017, from <http://slovník.mpsv.cz>.

Slovník sociálního zabezpečení. (n.d.). *Ochranná výchova*. Retrieved July 7, 2017, from <http://slovník.mpsv.cz/ochranna-vychova.html>.

Slovník sociálního zabezpečení. (n.d.). *Ústavní výchova*. Retrieved July 7, 2017, from <http://slovník.mpsv.cz/ustavni-vychova.html>.

Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.

Šťastná, L. (2013). *Adiktologická ambulance*. Retrieved July 7, 2017, from <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4358/Adiktologicka-ambulance>

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (2012). Stacionář pro adolescenty. Retrieved July 7, 2017, from <http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a-oddeleni/psychiatricka-klinika/odborne-ambulance/stacionar-pro-adolescenty/>

ZSI-kladno.cz. (2017). *ADIKTOLOGICKÁ DOROSTOVÁ AMBULANCE (ADA+)*. Retrieved July 7, 2017, from <http://www.zsi-kladno.cz/index.php?nid=4162&lid=cs&oid=4796208>

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

NÁZEV PRÁCE: Kazuistická práce klienta dětské a dorostové adiktologické ambulance s primárně užívanou návykovou látkou marihuanou

Hlavní řešitel: *Vendula Brtníková*

Tazatel: *Vendula Brtníková*

Prohlášení:

Já, níže podepsaný/á, jsem byl/a o studii informován/a, rozumím jí a souhlasím s:

Účastí v rozhovoru pro pozdější zpracování bakalářské práce na téma „Kazuistická práce klienta dětské a dorostové adiktologické ambulance s primárně užívanou návykovou látkou marihuanou“, který realizuje shora uvedený řešitel.

Písemnou informaci pro účastníka v rozhovoru jsem obdržel/a.

Byly mi zprostředkovány všechny potřebné informace o cíli studie, o jejích postupech i o tom, co se ode mě očekává.

Tazatel mi zodpovědět veškeré moje otázky ohledně rozhovoru a zapojení mé osoby do výzkumu, všemu potřebnému jsem rozuměl/a.

Tento souhlas dávám dobrovolně. Rozumím tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit, bez udání důvodu, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mého dalšího léčení. Moje účast ve studii je dobrovolná.

Byl/a jsem obeznámen/a s tím, že kazuistická práce bude zpracována anonymně a že informace, které sdělím tazateli, budou uchovány, zpracovány a publikovány tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

V případě zájmu mám možnost získat další informace u vedoucího práce Mgr. Adama Kulhánka (kulhanek.adiktologie@outlook.com) a nahlédnout také do výsledků studie. Zde také mohu směřovat veškeré své stížnosti.

Tento informovaný souhlas je vyhotovený ve 2 kopiích – jedna pro účastníka výzkumu a jedna pro tazatele jako součást dokumentace projektu.

V _____ dne _____

Podpis účastníka rozhovoru